



ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ» (СПбГУ)

**Факультет психологии**

Зав. кафедрой мед. психологии  
и психофизиологии,  
профессор Щелкова О.Ю.

\_\_\_\_\_ (подпись)

Председатель ГЭК  
доктор медицинских наук,  
ведущий научный сотрудник  
ФГБУ «НИПНИ им.В.М.Бехтерева»  
Васильева А.В.

\_\_\_\_\_ (подпись)

Дипломная работа на тему:

**Значение психического диатеза в социально-психологической адаптации  
больных шизотипическим расстройством.**

по специальности 030302 – Клиническая психология  
специализация: Клиническое консультирование и  
коррекционная психология

Рецензент:  
доктор медицинских наук,  
ведущий научный сотрудник ФГБУ «НИПНИ им. В.М. Бехтерева»  
Бутома Б.Г.

\_\_\_\_\_ (подпись)

Выполнил:  
Студент 6 курса в\о  
Юрицина Н.В.

\_\_\_\_\_ (подпись)

Научный руководитель:  
кандидат медицинских наук,  
доцент Гусева О.В.  
\_\_\_\_\_ (подпись)

Санкт-Петербург  
2016

## **СОДЕРЖАНИЕ**

<b>Аннотация</b> .....	3
<b>Введение</b> .....	5
<b>Глава 1. Литературный обзор</b> .....	9
<b>1.1</b> Шизотипическое расстройство: классификация, клинико-психологические характеристики, диагностика.....	9
<b>1.2</b> Теория привязанности, влияние нарушения привязанности на адаптацию и психические расстройства.....	15
<b>1.3</b> Понятие психического диатеза и его значение в социально-психологической адаптации больных шизотипическим расстройством.....	21
<b>1.3.1</b> Понятие психического диатеза.....	21
<b>1.3.2</b> Клинические проявления психопатологического диатеза у больных шизотипическим расстройством.....	22
<b>1.3.3</b> Формы психопатологического диатеза.....	23
<b>1.3.4</b> Модель развития заболеваний шизофренического спектра (уязвимость – диатез – стресс).....	26
<b>1.3.5</b> Значение психопатологического диатеза в социально-психологической адаптации.....	29
<b>Глава 2. Методы и материалы исследования</b> .....	35
<b>2.1</b> Методы исследования.....	35
<b>2.2</b> Общая характеристика обследуемых больных.....	48
<b>2.3</b> Методы обработки данных.....	48
<b>Глава 3. Результаты исследования и их обсуждение</b> .....	49
<b>3.1</b> Результаты исследования.....	49
<b>3.2</b> Обсуждение результатов исследования.....	75
<b>Выводы</b> .....	83
<b>Заключение</b> .....	85
<b>Приложения</b> .....	86
<b>Список литературы</b> .....	87

## АННОТАЦИЯ

Исследовалось значение психопатологического диатеза в социально-психологической адаптации больных шизотипическим расстройством, а также взаимосвязь различных форм психопатологического диатеза с типами детско-родительской привязанности. Было обследовано 40 больных шизотипическим расстройством, находившихся на стационарном лечении в отделении биопсихосоциальной реабилитации психически больных Научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева. Исследовались: формы психопатологического диатеза (карта исследования психопатологического диатеза, разработанная под руководством А.П. Коцюбинского с сотр. 1985, 2003, 2008, 2014), уровень количественной характеристики социального функционирования (шкала социальной активности, разработанная Коцюбинским А.П.), тип детско-родительской привязанности (модифицированный опросник для определения типа привязанности к родителям, Алмазова О.В.), уровень психологической адаптации (опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса, опросник «Индекс жизненного стиля (LSI)» Р. Плутчик, Х. Келлерман, Симптоматический опросник SCL-90-R). Обработка данных: корреляционный анализ, непараметрический коэффициент ранговой корреляции Спирмэна. Результаты: ненадежная детско-родительская привязанность состоит в достоверной взаимозависимости с ранними проявлениями эпизодической формы психопатологического диатеза; для снижения уровня социальной адаптации являются значимыми: ранняя эпизодическая форма диатеза; выявлены корреляции между формами диатеза и неадаптивными показателями психологической адаптации. Таким образом, изученные формы психопатологического диатеза оказывают влияние на снижение уровня социально-психологической адаптации и взаимосвязаны с ненадежной детско-родительской привязанностью.

## ANNOTATION

We studied the significance of psychopathological diathesis in the socio-psychological adaptation of patients with schizotypal disorder, as well as the relationship between different forms of psychopathological diathesis with the types of parent-child attachment. The study involved 40 patients with schizotypal disorder who were hospitalized in the department of community psychiatry Research Institute of neuropsychiatric. Bekhterev. We studied: forms of psychopathological diathesis (psychopathological diathesis study card), the level of the quantitative characteristics of social functioning (scale social activities, designed Kotsyubinskoe AP), the type of child-parent attachment (modified questionnaire to determine the type of attachment to parents, Almazov OV ), the level of psychological adaptation (questionnaire "Ways of coping behavior" Lazarus questionnaire "Index lifestyle (the LSI)» Plutchik R., H. Kellerman, symptomatic questionnaire SCL-90-R). Data processing: correlation analysis, nonparametric Spearman rank correlation coefficient. Results for: an unreliable parent-child attachment is reliable interdependence with early manifestations of episodic forms of psychopathological diathesis; to reduce the level of social adaptation are important: early episodic form of a diathesis; The correlations between the forms diathesis and maladaptive coping indicators. Thus, studying the forms of psychopathological diathesis have an impact on reducing the level of socio-psychological adaptation and interconnected with unreliable parent-child attachment.

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность исследования.** В настоящее время психиатрия в своей методологии опирается на существование многофакторности генеза психических расстройств, то есть на биопсихосоциальную парадигму (Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., 1996; Коцюбинский А.П., 2004).

Большое количество вопросов сосредоточено на проблеме начала заболевания, его предвестников, особенностей доболезненного периода и их влияния на прогноз заболевания. Исследования дисфункциональных состояний, наблюдавшихся задолго до начала психических заболеваний, большей частью были посвящены расстройствам шизофренического спектра (Коцюбинский А.П., 2004). По данным ряда авторов (Шейнина Н.С., 1985; Циркин С.Ю., 1995; Чумаченко А.А., 2003), проявления диатеза, свидетельствующие о неустойчивости функциональных систем организма, не являются специфическими для шизофрении и получили определение «психического диатеза».

Одним из наиболее сложных и противоречиво трактуемых вопросов клиники и теории психических расстройств является представление о природе и значимости аномальных явлений, наблюдающихся в доболезненном периоде. В работах, посвященных самым ранним признакам нарушения психической жизни, эти явления получают различное обозначение. В качестве ранних предвестников, предшественников, продромов и отдаленных продромов, психопатологических «эпизодов», микроэпизодов, ранних дисфункциональных состояний описывается широкий спектр различных нарушений, включающих как кратковременные или нераспознанные, но явные психотические расстройства, так и атипичные реакции на психо и соматогении, а также некоторые психические, нейровегетативные и соматические дисфункции. Психопатологическая суть этих явлений и их причастность к развивающемуся

после полноценному заболеванию оцениваются противоречиво в силу неполного понимания структуры преморбидного периода и определения начала заболевания. Этот факт способствовал появлению противоположных точек зрения: одни авторы рассматривают указанные нарушения, как начало существующего психоза, другие же полностью отрицают их соотнесенность с развившимся заболеванием. Вопрос о прогнозе этих феноменов и о степени риска развития психического заболевания при их выявлении остается одним из наиболее спорных в психиатрии. Определение места эпизодических нарушений, отставленных от начала аутохтонного развития психического заболевания, в динамической системе «патос - нозос» имеет большое значение для теории развития психозов.

Так же не малый интерес представляет изучение роли проявлений форм диатеза для дальнейшей социально-психологической адаптации больных. Целенаправленное и систематизированное изучение социально-психологической адаптации и учет различных сторон социального функционирования пациентов являются важным компонентом в исследовании адаптации в целом. Научный и практический интерес представляет изучение значения различных форм психопатологического диатеза в формировании ненадежной детско-родительской привязанности больных шизотипическим расстройством, так как данная тема представляет собой малоизученную область нарушенной привязанности.

Несмотря на исследования, проводимые с целью изучения факторов, влияющих на социально-психологическую адаптацию больных шизотипическим расстройством, значение проявлений психопатологического диатеза остается недостаточно изученным.

### **Цели исследования:**

1. На основе изучения проявлений психопатологического диатеза определить его значение в социальной адаптации (количественные характеристики) и психологической адаптации больных шизотипическим расстройством.
2. Выявление типа детско-родительской привязанности у больных шизотипическим расстройством и определение взаимосвязи типа привязанности с различными формами психопатологического диатеза.

#### **Задачи исследования:**

1. Анализ проявлений психопатологического диатеза у больных шизотипическим расстройством.
2. Изучение особенностей социальной адаптации, ее количественной (уровень социального функционирования) характеристики у больных шизотипическим расстройством.
3. Определение значения форм психопатологического диатеза для уровня социального функционирования больных шизотипическим расстройством.
4. Изучение особенностей психологической адаптации (копинг, психологические защиты) у больных шизотипическим расстройством.
5. Определение значения форм психопатологического диатеза в использовании больными шизотипическим расстройством определенного стиля копинг-поведения, психологических защит.
6. Изучение взаимосвязи ненадежного типа детско-родительской привязанности с различными формами психопатологического диатеза у больных шизотипическим расстройством.

7. Исследование прогностического значения характеристик детско-родительской привязанности, форм психопатологического диатеза и механизмов психологической адаптации для социального функционирования больных шизотипическим расстройством.

**Гипотеза исследования:**

1. Проявления психопатологического диатеза являются прогностически неблагоприятным признаком для социально-психологической адаптации больных шизотипическим расстройством.
2. Наличие ненадежной детско-родительской привязанности у больных шизотипическим расстройством связано с проявлениями ранних форм психопатологического диатеза.

**Предмет исследования:** Проявления психопатологического диатеза у больных шизотипическим расстройством, варианты детско-родительской привязанности и характеристики социально-психологической адаптации больных данной нозологической группы.

**Объект исследования:** Больные шизотипическим расстройством отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева.



## **1. Литературный обзор.**

### **1.1 Понятие шизотипического расстройства.**

Шизотипические расстройства обладают многими характерными чертами шизофренических расстройств, однако, они не обнаруживают галлюцинаторные и бредовые симптомы, грубые нарушения поведения, свойственные шизофрении (МКБ-10 / ВОЗ; Пер. под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина, 1994). В Международной классификации болезней 10 пересмотра шизотипическое расстройство входит в раздел F2 – Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства и кодируется как F21 – Шизотипическое расстройство. По данным МКБ-10 шизотипическое расстройство характеризуется чужаковатым поведением, аномалиями мышления и эмоций, которые напоминают наблюдаемые при шизофрении, хотя ни на одной стадии развития характерные для шизофрении нарушения не наблюдаются. Какой-либо преобладающей или типичной для шизофрении симптоматики нет. Могут наблюдаться следующие признаки:

1. неадекватный или сдержанный аффект, больные выглядят эмоционально холодными и отрешенными;
2. поведение или внешний вид – чужаковатые, эксцентричные или странные;
3. плохой контакт с другими, с тенденцией к социальной отгороженности;
4. странные убеждения или магическое мышление, влияющее на поведение и не совместимые с субкультуральными нормами;
5. подозрительность или параноидные идеи;
6. навязчивые размышления без внутреннего сопротивления часто с дисморфофобическим, сексуальным или агрессивным содержанием;
7. необычные феномены восприятия, включая соматосенсорные (телесные) или другие иллюзии, деперсонализация или дереализация;

8. аморфное, обстоятельное, метафорическое, гипердетализированное или стереотипное мышление, проявляющееся странной, вычурной речью или другим образом, без выраженной разорванности;
9. эпизодические транзиторные квази-психотические эпизоды с иллюзиями, слуховыми или другими галлюцинациями, бредоподобными идеями, возникающие, как правило, без внешней провокации.

Расстройство носит хронический характер с колебаниями в интенсивности. Иногда оно выливается в четкую шизофрению. Точное начало трудно определить, а течение носит характер личностных расстройств. Чаще эти расстройства встречаются у лиц, генетически связанных с больными шизофренией. Для постановки диагноза Шизотипическое расстройство необходимо наличие 3-4 из описанных типичных черт, которые должны присутствовать постоянно или эпизодически, по крайней мере, в течение 2-х лет. У больного никогда в прошлом не должны быть признаки шизофрении. Наличие шизофрении у родственника первой степени родства говорит больше в пользу данного диагноза. В данную группу включаются: пограничная шизофрения; латентная шизофрения; латентная шизофреническая реакция; предпсихотическая шизофрения; продромальная шизофрения; псевдоневротическая шизофрения; псевдопсихопатическая шизофрения; шизотипическое личностное расстройство (МКБ-10 / ВОЗ; Пер. под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина, 1994). В «Руководстве по диагностике и статистике психических расстройств» 4 и 5 издания (DSM-IV-TR и DSM-5) американская психиатрическая ассоциация определяет шизотипическое расстройство личности (англ. Schizotypal personality disorder) как демонстрацию пациентом «первазивной модели социального и межличностного дефицита, отмеченного острым дискомфортом и сниженной способностью к формированию близких отношений пациента, который испытывает когнитивное и перцептивное искажение, а также проявляет эксцентричность в поведении, начинающуюся с ранней юности и представленную в различных контекстах». В DSM-

5 шизотипическое расстройство кодируется рубрикой 301.22 (F21) и относится к кластеру «А» личностных расстройств (вместе с параноидным и шизоидными расстройствами личности) (DSM-IV-TR., 2000, DSM-5, 2013). Как минимум 5 из следующих симптомов должны быть представлены: идеи отношения (исключая бред отношения); странные убеждения или магическое мышление, влияющие на поведение и несовместимые с субкультуральными нормами (например, суеверия, вера в ясновидение, телепатию или шестое чувство, у детей и подростков причудливые фантазии или занятия); необычный перцептивный опыт, в том числе телесные иллюзии; странное мышление и речь (например, расплывчатость, многословность, метафоричность, чрезмерная детализация, или стереотипность); подозрительность или параноидальные идеи; неадекватный или оглушённый аффект; странное, эксцентричное или необычное поведение или внешность; отсутствие близких друзей или знакомых, кроме близких родственников, чрезмерная социальная тревожность, которая не снижается в знакомой среде и связана скорее с параноидальными страхами, чем с негативными суждениями о себе.

Изначально изучение мягкопротекающих, латентных форм шизофрении положили исследования Е. Bleuler, который описывал пациентов с мягкими симптомами шизофрении, не обнаруживавших тенденцию к классически ослабоумливающему по Kraepelin течению. Эти состояния получали в последующем различные обозначения – амбулаторная, пограничная, неврозо- и психопатоподобная, вялотекущая шизофрения. Термин “шизотипический” ввел S.Rado, как сокращение от “шизофренический фенотип” (Попов Ю.В., Вид В.Д., 1997). Определение понятия шизотипического расстройства в литературе встречается в различных вариациях. Смулевич А.Б. определяет данное расстройство как малопрогрессирующая шизофрения (Смулевич А.Б., 2009). Так же он отмечает следующие определения, встречающиеся в литературе прошлого века: «мягкая» шизофрения; непсихотическая; текущая без изменений характера; микропроцессуальная, микропсихотическая;

рудиментарная, «санаторная»; предфаза шизофрении; медленно текущая; ларвированная; вялопротекающая; несостоявшаяся; амортизированная; амбулаторная; псевдоневротическая; abortивная; предшизофрения; субклиническая; *borderline schizophrenia*; оккультная; нерегрессивная (Смулевич А.Б., 1999).

Данные по эпидемиологии малопрогрессирующей шизофрении среди населения России составляют от 1,44 до 4,17 на 1000 населения. Больные, у которых диагностируется малопрогрессирующая шизофрения, составляют от 16,9— 20,4 % до 28,5—34,9 % от числа всех обследованных пациентов с шизофренией. (Смулевич А.Б., 1999). Дунаевский В.В. указывает на большую распространенность, которая достигает согласно статистическим данным 40% всех случаев шизофрении в популяции.

Блейхер В.М. и Крук И.В. определяют малопрогрессирующую шизофрению как расстройство с медленно нарастающим психическим дефектом и постепенным развитием изменений личности. Характерны психопатологические синдромы сравнительно неглубокого расстройства психической деятельности, неврозо и психопатоподобные проявления. Особенность, отличающая от больных шизофренией – это большая доступность больных шизотипическим расстройством контакту, психотерапевтическому взаимодействию. Неврозоподобный вариант малопрогрессирующей шизофрении включает в себя астеноподобную, обсессивную или истериформную симптоматику, явления деперсонализации, дисморфобии, сенестопатически-ипохондрические расстройства. Отдельно эти синдромы при шизофрении не встречаются, клиническое их определение исходит из преобладающей симптоматики. Н.И. Фелинская характеризовала неврозоподобные состояния при шизофрении как своеобразные "смешанные" - неврастеноподобная

симптоматика сочетается с навязчивостями и дисморфофобиями, навязчивости - с ипохондрическими переживаниями. (Блейхер В.М., Крук И.В., 1995). Наджаров Р.Я., Смулевич А.Б. выделяют варианты с преобладанием патологически продуктивных — псевдоневротических, псевдопсихопатических (обсессивно-фобических, истерических, деперсонализационных) и негативных расстройств. (Наджаров Р.Я., Смулевич А.Б., 1983). Дунаевский В.В. характеризует проявления шизотипического расстройства возникновением личностных девиаций в виде странного чудаковатого поведения, аномалий мышления, обеднения, неадекватности эмоций, бредовой настроенности. Неврозоподобный вариант характеризуется истероформными, астеническими нарушениями или навязчивыми явлениями, в целом напоминающими симптоматику невротических расстройств. Дифференциально диагностическое различие состоит в том, что невротические расстройства представляют собой психогенную реакцию на психотравмирующую ситуацию, характер которой и клиническое содержание определяется теми или иными особенностями личности. Шизотипическое расстройство возникает спонтанно и не соответствует имеющимся фрустрирующим переживаниям (Дунаевский В.В.). Лагун И.Я. отмечает клинические особенности малопрогрессирующей шизофрении: непсихотические аффективные расстройства, паранойяльные явления. Модель развития малопрогрессирующей шизофрении автор разделяет на этапы: латентный; активный (с непрерывным или со стертым приступообразным течением); стабилизационный (с редукцией имевшейся продуктивной симптоматики и компенсацией нерезких личностных изменений) (Лагун И.Я., 2008).

Основные клинические особенности шизотипического расстройства, выделяемые Смулевичем А.Б.: длительный латентный период, с последующей активизацией болезни на отдаленных этапах патологического процесса; тенденция к постепенному видоизменению симптоматики от наименее

дифференцированной в смысле нозологической специфичности (в латентном периоде) к предпочтительной для эндогенного заболевания (в активном периоде, в периоде стабилизации); неизменность ряда психопатологических расстройств (осевые симптомы), представляющих собой единую цепь нарушений (Тиганов А.С. и др., 1999). Навязчивости при малопрогрессирующей шизофрении часто манифестируют на фоне уже формирующихся негативных изменений (олигофреноподобный, псевдоорганический дефект, дефект типа «фершробен» с аутистической отгороженностью и эмоциональным обеднением (Снежневский А. В., 1983). При малопрогрессирующей шизофрении с истерическими проявлениями, по мнению Дубницкой Э.Б., истерическая симптоматика принимает чрезмерные, утрированные формы: грубые, шаблонные истерические реакции, гипертрофированная демонстративность, жеманность и кокетливость с чертами манерности (Дубницкая Э. Б., 1978). Наджаров Р. А. выделяет такие характеристики течения заболевания при малопрогрессирующей шизофрении: проявления латентного периода соответствуют манифестации негативной шизофрении с постепенным углублением психической дефицитарности (снижение инициативы, активности, эмоциональная сглаженность). В периоде явного течения расстройства преобладают явления спонтанной астении с нарушениями активности. В период стабилизации формируется стойкий астенический дефект с тенденцией к малой подвижности, снижением толерантности к нагрузкам, когда всякое дополнительное усилие ведет к рассогласованности умственной деятельности и падению продуктивности. Несмотря на эмоциональное опустошение и сужение круга интересов, пациенты не обнаруживают признаков регресса поведения, внешне вполне упорядочены, владеют необходимыми практическими и несложными профессиональными навыками (Наджаров Р. А., 1972).

## **1.2 Теория привязанности, влияние нарушения привязанности на адаптацию и психические расстройства.**

Основоположниками теории привязанности являются Джон Боулби и М. Эйнсворт. Их исследования доказали, что ребенок нуждается в длительном уходе матери или другого близкого лица, которое осуществляет первичный уход. Ребенок нуждается в этих предсказуемых последовательных взаимодействиях со значимой воспитывающей личностью (матерью) для того, чтобы построить устойчивую концепцию “Я” (Боулби Д., 2003). В процессе этого взаимодействия между матерью и ребенком устанавливаются связи, образуется привязанность. Ребенок начинает демонстрировать поведение привязанности. По мнению автора, поведение привязанности возникает относительно независимо в течение первого года жизни и фокусируется на фигуре матери (или другого ухаживающего взрослого) в течение второго года (Мухамедрахимов Р. Ж., 2003). В своих исследованиях Боулби выявил, что дети, разлученные с матерями, демонстрировали три последовательно сменяющие друг друга формы поведения (протест, отчаяние, отвержение), такое отношение характеризовалось избирательностью и наблюдалось лишь по отношению к фигуре привязанности. Исходя из этого, Боулби сделал вывод, что расставание с матерью способствует активации поведения привязанности, которое направлено на поиск близости и поддержание контакта с матерью (или другим взрослым, ухаживающим за ребенком, – фигурой привязанности) (Яремчук М.В., 2005).

Проведено достаточно исследований, показывающих, что глубокая эмоциональная связь, возникающая в детстве между ребёнком и близким взрослым, оказывает мощное, разностороннее, длительное и во многом весомое влияние на формирование целого ряда сторон его эмоционально-личностной и коммуникативной сфер. В основе привязанности находится сложная

социально-ориентированная система, в которую входят когнитивный, эмоциональный и поведенческий уровни (Алмазова О. В., 2015).

Вначале Джон Боулби учитывал без доказательств, что привязанность к другим имеет этологический характер, вырабатывающий способы поведения, которые запускаются потребностью не в пище или сексуальном контакте, а в установлении отношений. Люди по существу являются социальными существами, которым для поддержания жизни нужны отношения с другими и у которых первые отношения с родителями имеют индивидуальные особенности (Боулби Дж., 2006). Опираясь на свои исследования, Боулби подытожил, что потребность в привязанности к матери - главная потребность ребенка раннего возраста (Тайсон Ф., Тайсон Р. Л., 2006).

Привязанность – это система внутренней регуляции, ориентированная маленьким ребёнком на поиск защитной близости, контакта с матерью. В детском возрасте система привязанности молниеносно активизируется в ситуациях небезопасности, страха или любого дискомфорта. Близость с матерью удаляет эти ощущения, что позволяет ребёнку переключать своё внимание на окружающий мир и выполнять исследовательскую активность (Жихарева Л. В., 2013). В соответствии с теорией Джона Боулби можно сделать вывод, что привязанность работает как вид гомеостатического механизма балансирования тревоги. Главные обязанности любого объекта привязанности - обеспечивать защищающую основу и корректировать тревогу. В детстве защищающая основа используется в качестве исходной точки для того, что Джон Боулби называл "серией экскурсий", которые протекают на протяжении всей взрослой жизни (Боулби Дж., 2003). Ребенок включен в социум с рождения и нуждается в контакте и эмоциональном взаимодействии. Поведение привязанности - это любые формы поведения, направленные на фиксацию и взаимодействие с объектом привязанности. Внешне поведение привязанности проявляется в таких реакциях со стороны младенца, как плач,



зов, лепет, улыбка, сосание (не связанное с питанием), локомоции, направленные на приближение к матери, следование за ней (Гусева О. В., Коцюбинский А. П., 2013). Дети на первом году жизни, которые воспитываются в доме ребенка, по сравнению с детьми, живущими в родных семьях, пассивны, не проявляют инициативу. Они вялые, неактивные, у них понижен тонус поведения, негативные эмоции превышают позитивные, познавательная деятельность в угнетенном состоянии, и что самое важное не образована эмоциональная привязанность к ухаживающему взрослому (Авдеева Н. Н., Хаймовская Н. А., 2003).

Позже в США Эйнсворт М. был проведен эксперимент с 741 разными семьями (Ainsworth M., 1967). Он состоял в наблюдении за поведением ребенка, когда мать кратковременно отсутствовала в лаборатории и при ее возвращении. Каждый ребенок вел себя по-своему. При возвращении матери наблюдаемое поведение детей можно было бы отнести к трем группам. Таким образом, удалось лабораторно установить и выделить типы нарушения привязанности (Павлова О.Н., 2002):

1. Дети, которые искали близости и утешения, имели отзывчивых матерей. У этих детей присутствовало чувство безопасности, защищающей привязанности.
2. Дети, которые отворачивались от матери, когда она возвращалась, характеризовали избегающую привязанность.
3. Дети, которые стремились к матери, но потом уходили от нее, формировали амбивалентную привязанность. В интервью о привязанности такие дети описывали 5 прилагательных о матери, но не могли подобрать под вопрос с пятью прилагательными определенные случаи.
4. Дети, матери которых страдали от депрессии или шизофрении, показывали аутичную реакцию, что являлось дезорганизованным вариантом поведения в отношениях привязанность.

Надёжная привязанность. У таких детей наблюдается положительное формирование привязанности к ухаживающему взрослому (матери). Такой ребёнок может не сильно расстроиться после ухода матери, но моментально тянется к ней после её возвращения, стремясь к близкому физическому контакту. В незнакомой обстановке ребёнок с удовольствием исследует новое окружение, при помощи матери как исходной точки взаимодействия с миром. Такой надёжный тип привязанности характерен для 65% детей. Дети с надёжным типом привязанности усваивают коммуникативное значение общения, используют в адаптивном поведении, как интеллект, так и эмоциональное реагирование. Способность к соединению интеллектуальной и эмоциональной информации позволяет им образовать объективную внутреннюю модель реальности и образцы поведения, обеспечивающие безопасность и комфорт ребенка, являющиеся основой органичного психологического развития (Пилягина Г. Я., Дубровская Е. В., 2007).

Привязанность избегающего типа. Этот тип выявляется у 20% детей. Такие дети выглядят независимыми в незнакомой ситуации. В игровой комнате сразу же начинают осматривать игрушки, но в течении исследований не подходят к матери, что означает — мать не является для ребёнка объектом защиты. Когда мать уходит из комнаты, они не проявляют беспокойства и не ищут близости с матерью при её возвращении. При избегающем поведении дети испытывают трудности в переживании эмоций и их осознании. Данное поведение объясняется отсутствием поддержки со стороны родителей в моменты ее необходимости для ребенка, переживанием травмирующих ситуаций (Пилягина Г. Я., Дубровская Е. В., 2007).

Привязанность амбивалентного типа. В ситуации ухода матери такие дети очень огорчаются, а при возвращении снова расстраиваются, то приближаются, то отталкивают от себя мать. Такой тип привязанности является патологическим. Выявляется примерно у 10% детей. В незнакомой ситуации

эти дети находятся около матери, переживая по поводу её местонахождения, при этом не занимаются исследовательской деятельностью. Амбивалентность взаимоотношений с матерью выявляется в том, что ребёнок постоянно показывает двойственное отношение к близкому взрослому — «привязанность—отвержение» — попеременно, а иногда практически одновременно. (Пилягина Г. Я., Дубровская Е. В., 2007).

Привязанность дезорганизованного типа. Выявляется примерно у 5% детей. В ситуации ухода матери эти дети или замирают в одной позе, или сбегает от приближающейся матери. Это крайне патологический тип привязанности. Дезорганизованный тип привязанности свойственен детям, которые подвергались жестокому обращению и насилию. Такие дети не имеют представления об отношениях привязанности, так как их родители фактически не демонстрируют сигналы привязанности (скорее всего, имели подобные трудности в своём детском возрасте). Дезорганизованный тип присутствует при выраженных депрессивных состояниях у матери, которая способна уделять внимание ребёнку только в форме агрессии, не откликаясь на ребёнка позитивно вследствие депрессивного состояния (Пилягина Г. Я., Дубровская Е. В., 2007). Патологическая привязанность в детстве обуславливает развитие форм ненадежной привязанности во взрослой жизни. Одним из проявлений ненадежной привязанности в детстве, описанным Дж. Боулби является стиль установления связи, называемым навязчивым оказанием помощи, когда человек внимателен к нуждам других, а собственные не замечает. Джон Боулби утверждал, что у таких детей, которые развивают такую привязанность складывается ложная взрослая жизнь (Boulby, J. 1958). В настоящее время принято считать, что тот или иной тип привязанности, сформировавшийся в детском возрасте в результате накопления опыта взаимодействия ребенка с фигурой привязанности, остается постоянным на протяжении всей жизни человека (Шахматова И. В., 1972). Сформированная привязанность в раннем

возрасте непосредственно влияет на дальнейшие успехи человека в семейной жизни, профессиональные достижения, общение в целом, определяет уровень социальной адаптации (Павлова О.Н., 2002). В динамике развития формирования типа привязанности выделяют: первичную привязанность - у большинства людей возникает в раннем детстве к матери (или заменяющему ее лицу) и вторичную - объектом которой может стать учитель, партнер, сверстник. На фундаменте первичной привязанности в течение дальнейшей жизни развивается вторичная. Формирование безопасной эмоциональной привязанности матери и ребёнка в раннем возрасте обеспечивает основу для его последующего здорового эмоционального и социального развития (Жихарева Л.В., 2013). Если же безопасная эмоциональная привязанность не формируется, то это может привести к хроническому чувству тревоги у ребенка, лишь частично снижаемой за счет механизмов психологической защиты, что может повлечь за собой дальнейшее патологическое развитие.

Каждый субъект обладает потребностью в безопасности. Личная, так называемая базисная безопасность может быть выстроена только через другого человека. Без неё невозможна нормальная психическая деятельность. Термин «объект» чаще всего обозначает человека, а первыми объектами отношения в жизни человека являются отношения матери и ребёнка (Гусева О. В., Коцюбинский А. П., 2013). При нормальном взаимодействии ребёнка в раннем детском возрасте с людьми, играющими наиболее существенную роль в его воспитании, формируется личностная структура, обеспечивающая гармонию между индивидуальными потребностями ребёнка и нормальными требованиями его социальной среды (Гусева О. В., Коцюбинский А. П., 2013). Это позволяет ребёнку находить приемлемое удовлетворение своих потребностей или нетравматично подавлять их, что является необходимым условием для нормального социального взаимодействия взрослого организма.

### **1.3 Понятие психического диатеза и его значение в социально-психологической адаптации больных шизотипическим расстройством.**

#### **1.3.1 Понятие психического диатеза.**

На первых этапах становления психиатрии как науки больший интерес исследователей уделялся течению острых и выраженных состояний психических заболеваний. Исходя из этого, было сформировано понятие спонтанного начала психического заболевания. Начальные представления о диатезе были предложены А. В. Снежневским (Снежневский А.В., 1972) в определении *pathos* (состояние дифференцированного риска предрасположения к определенной болезни) и концепции предболезни, предложенной С. Б. Семичовым (Семичов С.Б., 1987). В этот период диатез считался специфичным только для шизофрении, но позже и в настоящее время диатез исследуется в рамках всех эндогенных расстройств (Циркин С.Ю., 1995, 1998).

Н.С. Шейниной впервые было проведено исследование широкого спектра нейропсихических нарушений (дисфункциональных состояний) в анамнезе 160 больных шизофренией, характеризовавшихся относительно нетяжелым уровнем расстройств, нестойкой дезадаптацией, временными проявлениями и отгороженностью от начала развития процесса (Шейнина Н.С., 1985). Исследование этих состояний проводилось путем опроса пациентов и их родственников. После накопления фактического материала и анализа литературных источников был составлен специальный опросник, направленный на выявление изучаемых явлений. По данным автора, у больных шизофренией дисфункциональные состояния в анамнезе встречались достоверно чаще, чем в контрольных группах, и, в ряде случаев, отличались качественным своеобразием и относительно более тяжелыми проявлениями. Психопатологические дисфункции нельзя признать проявлениями болезни, поскольку они не выходят за рамки субклинических, доболезненных

расстройств, однако отнести их к вариантам нормы также не является правомочным, так как нарушение адаптации все же происходит. В 80х годах впервые была обоснована концепция клинической и патогенетической сущности психопатологических дисфункций как проявлений диатеза (эпизодической и промежуточной его формы), представляющего собою предболезнь. Позже было сформировано представление о константной форме психопатологического диатеза (А.П.Коцюбинский, 1999). При анализе данных о доболезненном периоде больных шизофренией (134 человека) была обнаружена связь особенностей проявлений константной формы диатеза с некоторыми клиническими характеристиками развившегося после заболевания, что подтвердило правильность отнесения этих феноменов в разряд проявлений психопатологического диатеза.

Психический диатез – это сочетание признаков, характеризующих предрасположенность к психической (психосоматической) патологии (Коцюбинский А.П., 2014). Автор выделяет два специфических варианта психического диатеза: психопатологический диатез и психосоматический диатез.

### **1.3.2 Клинические проявления психопатологического диатеза у больных шизотипическим расстройством.**

Предвестники психических заболеваний, описанные в литературе, делятся на 6 групп: соматовегетативные; психомоторные; невротические; аффективные; когнитивные; личностные (Шейнина Н.С., Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Чумаченко А.А., 2008). Н.В. Римашевская среди проявлений шизотипического диатеза у детей раннего возраста рассматривает нарушения моторики («искажение постурально – моторного развития, характерное для будущих больных шизофренией»), невротические тики, ритуальное поведение, заикание, двигательные навязчивости. Среди клинических проявлений шизотипического диатеза Н.В. Римашевская описывает «иллюзорное

восприятие окружающего » и «психические автоматизмы», описывает системную дефицитарность и диссоциированность эмоциональной, моторной и коммуникативной сфер (Римашевская Н.В., 1999).

Н.П. Татаренко и Н.И. Стрельцова, описывая феномены страха среди «психопатологических проявлений..., имеющих место до формального начала заболевания», подчеркивали их немотивированность: «Чаще всего, дело идет о... страхах, появляющихся без наличия психической травмы или соматического заболевания..., на фоне полного благополучия» (Татаренко Н.П., Стрельцова Н.И., 1962).

Б.Д. Фридман делил «динамические состояния», предшествующие шизофрении, на две группы: аутохтонные и реактивно – психогенные. Он отмечал «легкую реагибельность прешизофреников », под которой понимал их способность давать «неадекватные патологические реакции (в форме нелепых фантазий и страхов) на обычные жизненные ситуации » (Фридман Б.Д., 1932). В.М. Башина описывает «шизотипические» расстройства личностного развития в доманифестном периоде у больных ранней детской шизофренией (Башина В.М., 1989).

### **1.3.3 Формы психопатологического диатеза.**

В литературе описано три формы психопатологического диатеза: эпизодическая, промежуточная, константная. (Шейнина Н.С., Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Чумаченко А.А., 2008.) По клиническим особенностям предвестники психических заболеваний разделены на 8 групп: соматовегетативные дисфункции; психомоторные нарушения; страхи сверхценного содержания; неспецифические нарушения сна; особые формы нарушения сна; невротические психогенные реакции; эпизоды нарушения мышления и восприятия; немотивированные спады активности и настроения.

К группе соматовегетативных дисфункций относятся соматические и вегетососудистые расстройства при практически здоровом состоянии детей. К группе психомоторных нарушений относятся явления возбудимости, раздражительности, навязчивые движения, заикание, нарушение речи. К группе страхов сверхценного содержания относятся детские страхи, преувеличенные в сознании пациентов, не поддающиеся разубеждению. К группе неспецифических расстройств сна относятся трудности засыпания, кошмарные сновидения, сногворения. К группе особых форм нарушения сна относятся энурез, снохождение и внезапные пробуждения с чувством страха. К группе невротических психогенных реакций относятся непродолжительные изменения самочувствия и поведения, обусловленные угрозой развода родителей, нападением собаки и т. п. К группе эпизодов нарушения мышления и восприятия отнесены кратковременные рудименты психотических расстройств. К группе немотивированных спадов настроения и активности отнесены астенические состояния длительностью от нескольких дней до месяца, наступавшие без видимой причины и спонтанно проходившие (Шейнина Н.С., Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Чумаченко А.А., 2008). Все типы состояний имеют свой возраст возникновения, что и является основой деления на группы:

1. выявляющиеся в дошкольном возрасте - «ранние» (психомоторные нарушения, неспецифические нарушения сна, страхи сверхценного содержания);
2. «поздние», возникающие после 7 лет (немотивированные спады активности и аффективности, эпизоды нарушения мышления и восприятия, особые формы нарушения сна);
3. промежуточная форма психопатологического диатеза (невротические психогенные реакции, могут быть как «ранними», так и «поздними») (Шейнина Н.С., Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Чумаченко А.А., 2008).



Константная форма психопатологического диатеза базируется на явлениях нервно-психической дезадаптации личности в виде диссоциированности и дефицитарности (Коцюбинский А.П., 1999). Диссоциированность характеризуется такими нарушениями как: противоречивость характерологических черт, несоответствие переживаний индивида и его поведения, неравномерность уровня развития различных сторон психики, несоответствие ярко развитой внутренней эмоциональности и рефлексивности внешней сдержанности в проявлении эмоций. Дефицитарность – ущербность психики, выделяется 2 варианта: тотальная и парциальная. Тотальная дефицитарность характеризуется явлениями психического инфантилизма, проявлениями «псевдопсихопатий», напоминающими постпроцессуальное развитие личности. Парциальная дефицитарность выявляется в следующих сферах: интеллектуальная, эмоциональная, энергетическая, коммуникативная, сексуальная.

По данным исследования Мельниковой Ю.В., у больных шизотипическим расстройством чаще встречается «ранний» эпизодический и константный диатез в виде диссоциированности и парциальной дефицитарности. Диссоциированность раскрывается в наличии противоположных личностных черт и несоответствии субъективных переживаний особенностям поведения, которые встречаются практически с одной и той же частотой. Парциальная дефицитарность больше представлена в коммуникативной и эмоциональной сферах. Поздний эпизодический диатез у больных шизотипическим расстройством в виде расстройства мышления и восприятия, а так же константный диатез в виде диссоциированности встречаются чаще, чем при аффективном расстройстве. При шизотипическом расстройстве с большей частотой обнаруживается константный диатез в виде тотальной дефицитарности (Мельникова Ю.В., 2008).

### **1.3.4 Модель развития заболеваний шизофренического спектра (уязвимость – диатез - стресс).**

Уязвимость – генетически обусловленная предрасположенность к развитию заболевания, внешне не проявляемая, когнитивная, психодинамическая, психофизическая и биогенетическая готовность личности реагировать развитием эндогенного психического заболевания на пусковые воздействия. Между уязвимостью по психическому заболеванию и диатезом существует некая грань, переход через которую означает повышение риска заболевания. Эта граница обозначена как барьер уязвимости, переход через который приводит к внешним признакам диатеза, но для того, чтобы это произошло, интенсивность стрессовых факторов должна превысить некоторую пиковую величину. Также между диатезом и заболеванием существует граница диатеза, переход через который приводит к проявлениям заболевания, чтобы это случилось, интенсивность стрессовых факторов должна превысить некую наивысшую величину. Психопатологические проявления могут быть признаны реакцией на стрессовые факторы при условии, что они будут следствием воздействий, определяемых как стрессор и взаимосвязаны с соматическими критериями, являющимися индикаторами стресса (Шейнина Н.С., Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Чумаченко А.А., 2008).

В рамках диатез – стрессовой теории неспецифичность психосоциальных факторов в качестве стрессоров для возникновения шизофрении носит относительный характер. Г.Е. Сухарева подчеркивала «качественную специфичность провоцирующего экзогенного фактора» (Сухарева Г.Е., 1936). А.Е. Личко отмечал неблагоприятное влияние для возникновения шизофрении сочетания акцентуации характера и стрессоров, могущих воздействовать на слабое место определенной акцентуации (Личко А.Е., 1989). Если ситуация приводит к состоянию стресса, то последствия зависят от взаимодействия защитных сил индивида и степени его уязвимости в данное время. При этом на

каждого индивидуума стрессовые события воздействуют по-своему, психосоциальные факторы патологическими оказываются только тогда, когда они приводят к образованию внутренних конфликтов и являются только частью причинных факторов, ведущих к развитию заболевания.

Р. Meehl в 1962 г. в работе «Шизотаксия, шизотипия, шизофрения» рассматривал возникновение шизофрении как результат включения следующих факторов:

1. генетический фактор («шизотаксический мозг»), который характеризуется генетически обусловленной синаптической недостаточностью;
2. склонность индивидуума к образованию тревоги и ангедонии, обусловленная полигенностью;
3. влияние окружающей среды.

При изучении этиологии и патогенеза шизофрении необходимо анализировать формы как психологической, так и биологической адаптации. Защитные психологические механизмы индивидуума – психологическая защита и копинг – направлены на удержание внутреннего уровня конфликтности в пределах допустимого. При стрессовых воздействиях внешней среды защитные психологические механизмы индивидуума могут не справиться с этой задачей, и тогда возникает состояние психологического стресса. Такое состояние может быть обратимым в случае устранения стрессорного фактора, либо при наличии и активизации резервных защитных механизмов. Если же этого не происходит, то организм реагирует искаженно на различные социальные воздействия. Окружение, в свою очередь, отвечает на искаженную реакцию организма, что усиливает уязвимость. Если ситуация психологического стресса происходит в условиях недостаточности или истощения защитных биологических механизмов, то происходит прорыв порога уязвимости и возникают явления

психопатологического диатеза (Шейнина Н.С., Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Чумаченко А.А., 2008).

Самым частым по выявлению является ранний эпизодический диатез. Между организмом и средой благодаря этому формируется некоторое равновесие во взаимоотношениях, но равновесие неустойчивое. Если стресс не прекращается, то увеличивающаяся трудность сохранения неустойчивого равновесия выливается в проявления полиморфизма психопатологического диатеза за счет присоединения промежуточной и константной форм диатеза. Частый вариант реагирования на стресс – астения и депрессия, что является выражением адаптивного понижения интенсивности психических процессов вследствие ослабления защитных сил организма. У будущих больных шизофренией проявляются аффективно окрашенные адаптационные реакции, затем характер реакций меняется, используются дополнительные защитные ресурсы, развивается декомпенсация, нарастает полиморфизм проявлений диатеза. Затем появляется симптоматика константного диатеза, которая выражается в аутизации и инфантильных формах поведения, что указывает на переход к более ранним формам адаптации, сфокусированных на уменьшении риска возникновения стрессового напряжения. Далее, если появляется напряжение, могут присоединиться симптомы позднего эпизодического диатеза, характеризующиеся нарушением мышления и восприятия, кратковременными рудиментами психотических расстройств.

Если константная форма диатеза проявляется достаточно рано, то и в этом случае остается основная идея. Психопатологический диатез стремится к полиморфизму, присоединению не только ранних, но и промежуточных, а иногда и поздних проявлений эпизодического диатеза в форме нарушений мышления и восприятия. Следующий этап характеризуется переходом от проявлений диатеза к началу заболевания, при этом наблюдается взаимосвязь

варианта диатеза с симптоматикой заболевания, что обуславливает ту или иную степень прогрессивности психоза.

### **1.3.5 Значение психопатологического диатеза в социально-психологической адаптации.**

Изучение проявлений психопатологического диатеза дает возможность определить психическое состояние организма как исходной точки его дальнейшего психического здоровья и позволяет прогнозировать наступление заболевания и запланировать индивидуальную программу первичной психопрофилактики, психотерапии и психокоррекции.

Большинство авторов считают, что адаптация – это динамический процесс приспособления организма к изменившимся условиям существования (Энциклопедический словарь медицинских терминов, 1982), целью которого является оптимизация функционирования организма во взаимодействии со средой (Воложин А.И., Субботин Ю.К., 1987). Суханов А.А. отмечает, что адаптация является целостным, системным процессом, обеспечивающим взаимодействие индивида с окружающей средой (Суханов А.А., 2011). Характеристиками, определяющими суть процесса адаптации, являются: норма адаптации, поле адаптации, адаптационный барьер, дезадаптация, цена адаптации. Норма адаптации, в свою очередь, включает в себя филогенетическую норму адаптации и онтогенетическую норму адаптации (Воложин А.И., Субботин Ю.К., 1987). Цена адаптации – это разница между преморбидным уровнем адаптации и болезненно сниженным, что является патологической адаптацией. Это объясняется снижением активности компенсаторных механизмов, когда организм больного сопротивляется болезни только адаптивными механизмами, что формирует новый уровень адаптации, меньший, чем изначальный (Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Пенчул Н.А., 2007). Результатом процесса адаптации является социальная адаптация – характеристика особенностей взаимодействия индивидуума с социальным

окружением, в которой различается количественная и качественная сторона адаптации. Количественная сторона адаптации – это характеристика степени ее соответствия жизненным требованиям или как выражение искаженных болезнью взаимоотношений с окружающей действительностью (Альтман А.Л., 1965; Кельмишкейт Э.Г., 1974; Воловик В.М., 1980). Качественная сторона адаптации – это характеристика стиля адаптации, биологически сложившегося и измененного болезнью и ситуацией способа взаимодействия с действительностью (Воловик В.М., Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., 1984).

Психическая адаптация – это процесс приспособления психической деятельности человека к условиям и требованиям окружающей среды (Энциклопедический словарь медицинских терминов, 1982). В психической адаптации принято выделять три блока: биологический, психологический и социальный, что соответствует представлению Б.Г. Ананьева о трех уровнях психической регуляции (биологическом, индивидуально-личностном, личностно-средовом) (Ананьев Б.Г., 1969). В структуре психологической адаптации выделяются три составляющие: копинг, психологическая защита, внутренняя картина болезни (относится к болезни). Копинг включает в себя три понятия, характеризующих его с разных сторон:

1. Механизм совладания, благодаря которому человек осваивается с обстоятельствами, обучается управляться с ними – копинг-механизм;
2. Процесс действия этого механизма – копинг-стратегии или копинг-стили;
3. Результат действия механизма или результат процесса – копинг-поведение.

В работах, исследующих проблемы копинга при шизофрении указывается на то, что больные шизофренией, в отличие от здоровых людей, реже используют адаптивные поведенческие, эмоциональные и когнитивные стратегии преодоления трудных и стрессовых ситуаций, в результате чего,

используя неадекватные средства для достижения целей, чаще прибегают к неадаптивным вариантам копинг-поведения (Исаева Е.Р. и др., 1995; Исаева Е.Р., 1999). В структуре понятия копинг также выделяют копинг-механизмы и копинг-ресурсы. Копинг-механизмы необходимы для исследования процесса (копинг-стратегии) и результата (копинг-поведение). Копинг-ресурсы делятся на личностные и социальные.

Психологическая защита есть бессознательный процесс, регулирующий уровень эмоционального напряжения (Березин Ф.Б., 1988). Ключевым элементом, отличающим психологическую защиту от копинга, является бессознательность. Механизмы психологической защиты формируются на ранних стадиях развития индивидуума, а их использование в процессе всей жизни осуществляется психическим аппаратом автоматически (Гусева О.В., 1998). В исследованиях об изучении психологической защиты у больных шизофренией отмечается большее использование дезадаптивных, примитивных и инфантильных ее вариантов (Вид В.Д., 1993; Аристова Т.А., 1999). Ригидный, жесткий «защитный стиль», который формируется у психически больных, является устойчивым образованием и может нести как защитную приспособительную функцию, так и ограничительные поведенческие реакции и адаптивные возможности пациента. По данным Н.С. Шейниной и Т.А. Аристовой у больных может произойти изменение привычного защитного поведения, что способствует появлению нового стиля, который будет присутствовать все то время, которое необходимо для адаптации пациента к новым способам реагирования, после чего возможно угасание функции некоторых защитных механизмов и образование новой структуры психологической защиты (Аристова Т.А., 2002). По мнению Катковой М.Н., неадаптивные защиты при шизотипическом расстройстве могут играть позитивную роль, потому что направлены на подавление субъективно значимых переживаний, обеспечивая некий уровень адаптированности. Но эти

варианты защиты имеют субъективно значимый смысл, не учитывая реальность. Для больных шизотипическим расстройством характерна стереотипизация, что в свою очередь снижает гибкость социального функционирования и уровень адаптации. Также характерно влияние нарушений когнитивной и волевой сфер на образование защитно-совладающей системы, проявляющееся в искажении реальности (Каткова М.Н., 2011).

По результатам исследования Мельниковой Ю.В., для больных шизотипическим расстройством значимыми являются проявления связанных между собой вариантов константной формы диатеза в виде диссоциированности и тотальной дефицитарности. Также для данной группы больных характерно нарушение функционирования в сфере межличностных отношений. Наличие включения нескольких форм психопатологического диатеза в преморбидном периоде и преобладание в структуре проявлений диатеза константной формы в виде тотальной или парциальной дефицитарности значительно усугубляет социальную адаптацию больных шизотипическим расстройством (Мельникова Ю.В., 2008). По мнению Романова Д.В., нарушение социального функционирования больных шизофренией является глубоким и тяжелым (Романов Д.В., 1995). Социальная адаптация, которая отражает личностно-средовой уровень психической саморегуляции, понимается Коцюбинским А.П. и Шейниной Н.С. как характеристика взаимодействия индивидуума с социальным окружением.

Коцюбинский А.П. и Шейнина Н.С. различают количественную (уровень функционирования в различных социальных сферах) и качественную (приспособительное поведение) характеристику социальной адаптации (Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., 1996). Количественная оценка социальной адаптации – это мера успешности функционирования индивидуума в социуме с точки зрения общественных норм. Л.А. Горбачевич при изучении больных малопрогредиентной шизофренией обнаружил, что нарушение характера



социального функционирования отмечается практически с самого начала заболевания и ухудшается до 4-6-го года болезни, а в дальнейшем надолго остается относительно постоянной величиной (Горбачевич Л.А., 1990). Коцюбинский А.П. при изучении количественной характеристики социальной адаптации больных выделил 7 сфер социального функционирования: производственная, межличностных отношений, супружеских отношений, воспитания детей, отношения с родителями, организации быта, сексуальных отношений. Успешность функционирования в каждой из сфер отмечается по 5-балльной системе. Для 20-35-летних больных шизофренией с мало и умеренно прогрессивным течением характерно нарушение в сферах, связанных с аспектами семейного функционирования, где успешность приспособления определяется необходимостью гибкого эмоционально-личностного реагирования (Коцюбинский А.П., 2004).

В исследовании Мельниковой Ю.В. социальной адаптации у больных эндогенными психическими заболеваниями, в том числе и шизотипическим расстройством, были выявлены нарушения практически во всех социальных сферах. Нарушения в профессиональной сфере (не учились и не работали или работали при стойко сниженной продуктивности) у больных шизотипическим расстройством встречались достоверно чаще в отличие от остальных групп. Многие больные шизотипическим расстройством работали, но при стойко сниженной продуктивности, и в основном занимались низкоквалифицированным трудом, то есть функционировали ограниченно. В сфере межличностных отношений у больных шизотипическим расстройством выявляются преимущественно формальные, хаотичные или асоциальные контакты. Больные шизотипическим расстройством в большинстве своем не состояли в браке и не имели детей. При наличии же полной семьи социальное функционирование в основном было нарушенным, что подразумевало непостоянные супружеские отношения, неполноценное или деструктивное участие в жизни семьи.

Выявляются нарушения в сфере отношений в родительской семье, при ограниченном или деструктивном функционировании и безинициативном отношении к своим обязанностям. Нарушение функционирования в сфере организации быта при шизотипическом расстройстве проявлялось в выполнении конкретных бытовых поручений формально, без отсутствия инициативы или проживания за счет других членов семьи. Нарушения в сексуальной сфере чаще встречались у больных шизотипическим расстройством, чем у больных шизофренией и аффективными расстройствами (Мельникова Ю.В., 2008).

## **2. Методы и материалы исследования.**

### **2.1 Методы исследования.**

Комплекс экспериментальных методов исследования состоял из клинико-психологических, экспериментально-психологических методов и анамнестических данных. Клиническая диагностика осуществлялась врачами отделения внебольничной психиатрии Научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева.

Для исследования проявлений психопатологического диатеза в их связи с социальной адаптацией использовалась классификация, основанная на принципе их временной устойчивости (Коцюбинский А. П., 1999, 2004), в соответствии с которой выделялись эпизодическая (ранняя и поздняя), промежуточная и константная (диссоциированность и дефицитарность) формы.

При исследовании количественной характеристики социальной адаптации была использована шкала социальной активности, разработанная Коцюбинским А.П. (Коцюбинский А.П., 2004).

Для определения типа детско-родительской привязанности был использован модифицированный опросник для определения типа привязанности к родителям (Яремчук М.В., 2005).

Для определения уровня психологической адаптации были использованы следующие опросники: Опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса (Крюкова Т.Л., Куфтяк Е.В., 2007), Опросник «Индекс жизненного стиля (LSI)» Р. Плутчик, Х. Келлерман (Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б., 2005), Симптоматический опросник SCL-90-R (англ. Symptom Check List-90-Revised) (Тарабрина Н.В., 2001).

Ниже приводится подробное описание методик.

## **Классификация проявлений психопатологического диатеза.**

Показаниями для проведения процедуры диагностирования психопатологического диатеза является наличие доболезненных субклинических нервнопсихических расстройств, а также психопатологически отягощенная наследственность (как фактор риска возможного развития психического заболевания). Противопоказаний для проведения процедуры диагностирования психопатологического диатеза практически не существует. Проводится прицельный опрос испытуемого и лиц из его близкого окружения на предмет выявления отдельных проявлений психопатологического диатеза. Интерпретация результатов опроса осуществляется врачом или клиническим психологом, разбирающимся в данном вопросе. Под психопатологическим диатезом авторы понимают различные субклинические нервнопсихические расстройства, свидетельствующие о недостаточности адаптационно-компенсаторных возможностей организма и его готовности реагировать патологическим образом на внутренние и внешние стрессорные факторы (Шейнина Н.С. 1985; Чумаченко А.А. 2003; Шейнина Н.С., Коцюбинский А.П. с соавт., 2008). Критерии, которые позволяют диагностировать психопатологический диатез, следующие:

1. психопатологическая симптоматика непсихотического уровня, которая находится в диапазоне от нормы до пограничного расстройства личности;
2. присутствие признаков тропности, но не специфичности по отношению к эндогенным психозам;
3. присутствие различной степени психической дезадаптации нестойкого характера.

По признаку временной устойчивости авторы выделяют три основные формы психопатологического диатеза: эпизодическая, промежуточная и константная.

**1. Эпизодическая форма** диатеза характеризуется широким спектром различного рода нарушений (дисфункциональных состояний), проявляющаяся

в относительно нетяжелом уровне расстройств, дезадаптации обратимого характера, эпизодичностью проявлений и отгороженностью от начала развития болезненного процесса. Такие дисфункциональные состояния разделены на две подгруппы: «ранние» проявления, проявляющиеся обычно до семилетнего возраста и встречающиеся чаще, и «поздние», выявляющиеся в возрасте после семи лет. Ранние проявления эпизодической формы психопатологического диатеза характеризуются: 1) психомоторными нарушениями; 2) сверхценными детскими страхами; 3) неспецифическими нарушениями сна. Поздние проявления эпизодической формы психопатологического диатеза характеризуются: 1) диссомническими, особыми формами нарушения сна (лунатизм, внезапные пробуждения с чувством страха, ощущениями «полета в пропасть», «умирания»); 2) «шизотропными» моментами нарушения мышления и восприятия, кратковременными рудиментами психотических расстройств (зрительные иллюзии, элементарные слуховые обманы, локальные сенестопатии, метаморфопсии и другие элементарные расстройства восприятия; деперсонализационно-дереализационные расстройства; моменты своеобразной интеллектуальной несостоятельности; сверхценные идеи сенситивного характера у подростков); 3) «аффектотропными», внешне немотивированными спадами настроения и активности: астенические состояния длительностью от нескольких дней до двух месяцев, самостоятельно проходившие, без суточной ритмики и вегетативных дисфункций, в последствии с многолетним периодом отсутствия данной симптоматики (Коцюбинский А.П., 2004).

**2. Промежуточная форма** психопатологического диатеза характеризуется проявлениями реактивной лабильности: психогенно, соматически обусловленные недлительные изменения самочувствия и поведения, но с чрезмерным масштабом реагирования относительно причины их вызвавшей.

**3. Константная форма** психопатологического диатеза характеризуется следующими составляющими— диссоциированность и дефицитарность (может быть тотальной или парциальной) (Коцюбинский А.П., 2004).

Карта для исследования психопатологического диатеза заполняется врачом или клиническим психологом в ходе интервью пациента, при наличии признака ставится 1 балл, при отсутствии 0 баллов. Карта находится в разделе приложений данной работы (Приложение №1).

**Уровень социального функционирования.** Уровень социального функционирования оценивается по 7 основным сферам: производственная, межличностных, супружеских отношений, воспитания детей, отношений с родителями, организации быта повседневной жизни и сексуальных отношений. По степени выраженности каждая из сфер оценивается в баллах: 0 — успешное функционирование; 1 — ограниченное функционирование; 2, 3 — значительно ограниченное функционирование; 4 — не функционирует.

Профессиональная сфера: 0 баллов – Дефекта нет. Работает или учится в обычных условиях, полностью выполняя профессиональные или учебные обязанности. Включены вечерние или заочные формы обучения при устойчивой трудовой деятельности. 1 балл – Легкий дефект. Работает или учится в обычных условиях, но обнаруживает а) преходящее снижение трудоспособности, приводящее к необходимости временного ограничения трудовой активности вплоть до временной нетрудоспособности, или б) снижение продуктивности при напряженных условиях труда (высокий темп, ограниченное время, удлинение рабочего дня, конфликтные ситуации и т.п.). Включена частая смена мест работы при достаточно высокой эффективности деятельности. 2 балла – Умеренный дефект. Работает на обычных предприятиях или в обычных учреждениях или учится в общем учебном заведении, но при низкой продуктивности. 3 балла – Значительный дефект. Работает или учится в адаптированных учреждениях (ЛТМ, спец. ПТУ и т.п.). 4 балла – Тяжелый дефект. Не работает и не учится.

Межличностные отношения (внесемейные): 0 баллов – Дефекта нет. Имеются глубокие дружеские связи, контакт со сверстниками нормальный. 1 балл – Легкий дефект. Количественное или качественное ограничение связей. 2 балла – Умеренный дефект. Круг знакомств узок, контакты формальны и поверхностны. 3 балла – Значительный дефект. Круг знакомств характеризуется асоциальными компаниями. 4 балла – Тяжелый дефект. Отсутствие контактов, самоизоляция.

Супружеские отношения (исключая сексуальные): 0 баллов – Дефекта нет. Устойчивые отношения. 1 балл – Легкий дефект. Устойчивые отношения, но при ограниченном участии в жизни семьи. 2 балла – Умеренный дефект. Неустойчивые отношения при краевом участии в жизни семьи. 3 балла – Значительный дефект. Неустойчивые отношения при деструктивном участии в жизни семьи. 4 балла – Тяжелый дефект. Семьи нет, ситуация развода.

Воспитание детей: 0 баллов – Дефекта нет. Выполняет основную работу по воспитанию детей. 1 балл – Легкий дефект. Проявляет заботу и внимание по отношению к детям, не будучи активным участником воспитания. 2 балла – Умеренный дефект. Формальная забота о детях. 3 балла – Значительный дефект. Материальная помощь при отсутствии общения с детьми. 4 балла – Тяжелый дефект. В судьбе детей не участвует.

Родительская семья: 0 баллов – Дефекта нет. Продуктивное участие в жизни семьи. 1 балл – Легкий дефект. Продуктивное участие при формальном отношении к обязанностям. 2 балла – Умеренный дефект. Ограниченное участие в жизни семьи. 3 балла – Значительный дефект. Участие в жизни семьи носит деструктивный характер. 4 балла – Тяжелый дефект. Полное самоустранение от жизни семьи.

Организация быта повседневной жизни: 0 баллов – Успешная активность по ведению хозяйства, эффективное распоряжение финансами. 1 балл – выполнение функций в семье как исполнитель, а не инициатор, живя в одиночестве,

хозяйствует с трудом. 2 балла – в семье выполняет конкретные бытовые поручения, не умеет правильно планировать и выдерживать бюджет. 3 балла – Значительный дефект. Не участвует в материальном обеспечении семьи, экономически несостоятелен. 4 балла - Тяжелый дефект. Способен только к элементарному самообслуживанию или полностью обслуживается другими, жить отдельно не может.

Сексуальные отношения (в том числе и в семье): 0 баллов – Постоянные сексуальные контакты при отсутствии проблем в отношении с партнерами. 1 балл – Непостоянные и\или случайные сексуальные контакты при отсутствии проблем в отношениях с партнерами. 2 балла – Наличие одной постоянной связи при затруднении контактов с другими возможными партнерами. 3 балла – Непостоянные и\или случайные связи при затруднении общения с возможными партнерами. 4 балла – Отсутствие связей.

**Модифицированный опросник для определения типа привязанности к матери (М.В. Яремчук).** Опросник включает в себя 11 троек высказываний, соответствующих трем классическим типам привязанности, два из которых объединены в одну группу - ненадежной привязанности. Испытуемому предлагается выбрать по одному высказыванию из каждой тройки для определения отношений с матерью. На основании выборов испытуемого делается вывод о преобладающем типе привязанности в отношениях с матерью. При подсчете баллов, отмеченных испытуемым, необходимо получить 7 баллов для отнесения к надежной или ненадежной привязанности (Алмазова О. В., 2015).

**Опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса (Крюкова Т.Л., Куфтяк Е.В., 2007).** Методика предназначена для определения копинг-механизмов, способов преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности, копинг-стратегий. Методика была разработана Р. Лазарусом и С. Фолкманом в 1988 году, адаптирована Т.Л. Крюковой, Е.В.



Куфтяк, М.С. Замышляевой в 2004 году, дополнительно стандартизирована в НИПНИ им. Бехтерева Л.И. Вассерманом, Б.В. Иовлевым, Е.Р. Исаевой, Е.А. Трифоновой, О.Ю. Щелковой, М.Ю. Новожиловой.

Опросник содержит 50 утверждений, составляющих 8 шкал. Вопросы опросника отвечают за разные шкалы, например, в шкале «конфронтативный копинг» вопросы - 2, 3, 13, 21, 26, 37.

**Конфронтация.** Стратегия конфронтации подразумевает попытки разрешения проблемы за счет нецеленаправленной поведенческой деятельности, осуществления конкретных действий, направленных либо на изменение ситуации, либо на проявление негативных эмоций в связи с возникшими трудностями. Положительные моменты: возможность полноценного противостояния трудностям и стрессу. Отрицательные элементы: неполноценная целенаправленность и рациональная обоснованность поведения в трудной ситуации.

**Дистанцирование.** Стратегия дистанцирования подразумевает попытки преодоления отрицательных переживаний в связи с трудностью за счет субъективного снижения ее значимости и степени эмоциональной включенности в нее. Положительные моменты: возможность снижения субъективной значимости трудных ситуаций и предотвращения мощных эмоциональных реакций на фрустрацию. Отрицательные моменты: вероятность обесценивания своих переживаний, недооценка важности и возможностей действенного преодоления трудных ситуаций.

**Самоконтроль.** Стратегия самоконтроля подразумевает попытки преодоления отрицательных переживаний в связи с трудностью за счет целенаправленного вытеснения и удерживания эмоций, уменьшения их влияния на оценку ситуации и выбор модели поведения, высокий контроль поведения, стремление к самоконтролю. Положительные моменты:

возможность отдаления необдуманных, импульсивных поступков, преобладание рационального подхода к трудным ситуациям. Отрицательные моменты: проблемы выражения переживаний, потребностей и побуждений в связи с трудной ситуацией, тотальный контроль поведения.

Поиск социальной поддержки. Стратегия поиска социальной поддержки подразумевает попытки разрешения проблемы за счет привлечения социальных ресурсов, поиска информационной, эмоциональной и действенной помощи. Положительные моменты: использование внешних ресурсов для разрешения трудной ситуации. Отрицательные моменты: возможно формирование зависимой позиции и завышенных ожиданий по отношению к окружающим.

Принятие ответственности. Стратегия принятия ответственности подразумевает понимание человеком важности собственной роли в возникновении проблем и их решении. Положительные моменты: возможность понимания собственной роли в возникновении трудностей. Отрицательные моменты: возможность излишней самокритики и принятия чужой ответственности.

Бегство-избегание. Стратегия бегства-избегания подразумевает использование индивидом стратегию уклонения от проблемной ситуации. Положительные моменты: возможность моментального понижения эмоционального напряжения в ситуации стресса. Отрицательные моменты: невозможность разрешения проблемы, возможность скопления трудностей, краткий эффект предпринимаемых действий по уменьшению эмоционального дискомфорта.

Планирование решения проблемы. Стратегия планирования решения проблемы подразумевает преодоление трудности за счет целенаправленного разбора ситуации и возможных вариантов поведения, разработка стратегии разрешения проблемы, планирования своих действий с учетом объективных

условий, прошлого опыта и наличных ресурсов. Положительные моменты: возможность целенаправленного и постепенного разрешения проблемной ситуации. Отрицательные моменты: возможность излишней рациональности, недостаточной эмоциональности, внезапности в поведении.

Положительная переоценка. Стратегия положительной переоценки подразумевает преодоление негативных переживаний в связи с трудностью за счет ее позитивного переосмысления, интерпретация ее как стимула для личностного роста. Положительные моменты: положительное переосмысление трудной ситуации. Отрицательные моменты: возможность недооценки личностью возможностей действенного разрешения трудной ситуации.

При обработке подсчитываются баллы, суммируя по каждой субшкале: никогда – 0 баллов; редко – 1 балл; иногда – 2 балла; часто - 3 балла. Далее вычисление по формуле:  $X = \text{сумма баллов} / \text{max балл} * 100$  Максимальное значение по вопросу, которое может набрать испытуемый 3, а по всем вопросам субшкалы максимально 18 баллов.

**Опросник «Индекс жизненного стиля (LSI)» Р. Плутчик, Х. Келлерман** (Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б., 2005). Опросника составляет 97 вопросов, измеряющих 8 видов механизмов: отрицание, вытеснение, замещение, компенсацию, реактивные образования, проекцию, интеллектуализацию и регрессию. Каждому из этих 8 соответствует от 10 до 14 утверждений, описывающих личностные реакции индивида, которые обычно возникают в различных ситуациях. Ответы на эти утверждения фиксируются на бланке по типу "положительно -отрицательно" и затем подсчитываются баллы по каждому виду. Сырые оценки переводятся в процентиля и на специальном бланке строится профиль защитной структуры индивида. Бланк для регистрации ответов представляет собой решетку, у которой вертикалям соответствуют номера утверждений, а горизонталям шкалы, соответствующие 8 измеряемым защитным механизмам: А - отрицание, В - вытеснение, С -

регрессия, D -компенсация, E - проекция, F - замещение, G - интеллектуализация, H - реактивное образование. Ответы в нем фиксируются следующим образом: Нет - напротив соответствующего номера утверждения делается отметка в крайней левой графе; Да – отметка делается в одну из колонок справа в круглые скобки. Время заполнения опросника составляет от 10 до 20 минут. Подсчет результатов осуществляется по бланку ответов, который является одновременно и ключом. Содержательные характеристики механизмов психологической защиты (индекса жизненного стиля).

1. Отрицание. Механизм психологической защиты, посредством которого личность либо отрицает некоторые фрустрирующие, вызывающие тревогу обстоятельства, либо отрицается какой-либо внутренний импульс.

2. Вытеснение. З.Фрейд считал этот механизм главным способом защиты инфантильного "Я", неспособного сопротивляться соблазну.

3. Регрессия. В классических описаниях "регрессия" является механизмом психологической защиты, посредством которого личность в своих поведенческих реакциях стремится избежать тревоги путем перехода на более ранние стадии развития либидо.

4.Компенсация. Проявляется в попытках найти подходящую замену реального или воображаемого дефекта, нестерпимого чувства другим качеством, чаще всего с помощью фантазирования или добавления себе свойств другой личности.

5. Проекция. В основе проекции находится процесс, посредством которого неосознаваемые и неприемлемые для личности чувства и мысли находятся вовне, приписываются другим людям.

6. Замещение. Действие этого защитного механизма появляется в проявлении подавленных эмоций (враждебности, гнева), которые направлены на объекты,

представляющие малую опасность или более доступные, чем те, что вызвали негативные эмоции и чувства.

7. Интеллектуализация. Характеризуется излишне рациональной обработкой переживаний без включения эмоционального компонента. Отличие интеллектуализации от рационализации, по мнению Ф.Е.Васидюка (Васидюк Ф.Е., 1984), в том, что она, по-существу, представляет собой "уход из мира импульсов и аффектов в мир слов и абстракций".

8. Реактивные образования. Личность останавливает выражение отрицательных или неприемлемых для нее мыслей, чувств или поступков путем преувеличенного развития противоположных стремлений.

Ведущими защитными механизмами в группах больных малопрогредиентной шизофренией с преимущественно неврозоподобной симптоматикой являются "проекция" и "регрессия", наименее выражен "реактивные образования". Защитный профиль больных неврозоподобной формой характеризуется также меньшим напряжением механизма "замещение" (Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б., 2005).

**Симптоматический опросник SCL-90-R (англ. Symptom Check List-90-Revised) (Тарабрина Н.В., 2001).** Симптоматический опросник SCL-90-R (англ. Symptom Check List-90-Revised) - клиническая методика, направленная на оценку моделей психологических признаков у психиатрических пациентов и здоровых лиц. SCL-90-R включает в себя 90 утверждений, сгруппированных в ряд шкал. Каждый из 90 вопросов оценивается по пятибалльной шкале (от 0 до 4), где 0 соответствует позиция «совсем нет», а 4 — «очень сильно». SCL-90 содержит следующие шкалы: соматизация, обсессивно-компульсивные расстройства (навязчивости), интерперсональная чувствительность, депрессия, тревожность, враждебность, навязчивые страхи (фобии), паранойдность (паранояльность), психотизм, общий индекс тяжести, индекс тяжести

наличного дистресса, число утвердительных ответов (число беспокоящих симптомов). Для получения результата по базовым шкалам необходимо вычислить среднее арифметическое значение по вопросам, входящим в эту шкалу, т.е. сложить баллы по входящим в шкалу вопросам и разделить сумму на их количество. Результат по шкале GSI считается как среднее арифметическое значение всего теста, т.е. сумма баллов всех вопросов, делённая на 90. PST равен количеству вопросов, на которые даны неотрицательные ответы. PSDI - средняя тяжесть симптомов, вычисляется как деление общего балла всего опросника на значение PST. Таким образом, при  $PST=90$ , GSI и PSDI будут равны друг другу, чем меньше значение PST, тем больше будет разница между ними.

Основные шкалы. Соматизация. Данная шкала отражает дистресс, появляющийся при ощущении собственной телесной нарушенности. К данной шкале относятся такие жалобы, которые ориентируются на кардиоваскулярную, гастроинтестинальную, респираторную и другие системы. Obsessivness—compulsiveness. Данная шкала включает симптомы, которые идентичны стандартному клиническому синдрому с таким же наименованием. Вопросы, входящие в данную шкалу отражают мысли, импульсы и действия, которые переживаются пациентом как непрерывные, непреодолимые и чуждые «Я». Interpersonal sensitivity. Данная шкала характеризуется чувством личностной несостоятельности и неполноценности, в особенности, когда человек сравнивает себя с другими. Такие проявления как самоосуждение, чувство беспокойства и заметный дискомфорт в процессе межличностного взаимодействия, характеризуют проявления этого синдрома. Depression. К данной шкале относятся симптомы расстройства, имеющего идентичное название в регистре клинической депрессии. Характеризуется данная шкала симптомами дисфории и аффекта, такими как признаки отсутствия интереса к жизни, недостатка мотивации и потери жизненной энергии. Anxiety.

Данная шкала включает в себя понимание тревожного расстройства и состоит из ряда симптомов и признаков, которые клинически сопряжены с высоким уровнем личностной тревожности. Враждебность. Данная шкала характеризуется наличием мыслей, чувств или действий, которые являются проявлением негативного аффективного состояния злости, гнева и негодования. Фобическая тревожность. Данная шкала характеризуется стойкой реакцией страха присутствия специфичных людей, нахождением в специфичных местах, объектами или ситуациями, которые определяются как нерациональные и неадекватные по отношению к стимулу, что приводит в итоге к избегающему поведению. Паранойяльные тенденции. Данная шкала включает в себя понимание паранойяльных тенденций как паранойяльное поведение в виде нарушения мышления. Психотизм. В шкалу психотизма входят вопросы, отсылающие к избегающему, изолированному, шизоидному стилю жизни, к симптомам шизофрении, таким как галлюцинации. Дополнительные вопросы. Здесь находятся семь вопросов, которые входят в SCL, не включенные ни в одно определение симптоматических расстройств; эти симптомы на самом деле являются указателями некоторых расстройств, но не относятся ни к одному из них. Присутствие дополнительных вопросов в этом смысле нарушает один из статистических критериев для включения в тест, но все же они включены в него, так как определены клинически нужными. Данные дополнительные вопросы присутствуют в общей обработке опросника. Интерпретация оценочных шкал. Индексы второго порядка включены для того, чтобы более гибко оценивать психопатологический статус больного. Общий индекс тяжести симптомов (GST). GSI является лучшим показателем текущего состояния и тяжести расстройства, и его следует использовать в большинстве случаев, где необходим обобщенный единичный показатель. GSI является суммой информации о количестве симптомов и напряженности переживаемого дистресса. Индекс наличного симптоматического дистресса (PTSD). Этот

показатель участвует в основном в обнаружении типа реагирования на взаимодействие: аггавирует ли или занижает пациент симптоматический дистресс при ответах. Общее число утвердительных ответов (PST). PST — вычисление числа симптомов, на которые пациент дает положительные ответы, — т. е. количество утверждений, на которые пациент отмечает хоть какой-то положительный уровень выше нулевой отметки.

## **2.2 Общая характеристика обследуемых больных.**

В соответствии с задачами исследования было изучено 40 больных шизотипическим расстройством, находившихся на стационарном лечении в отделении биопсихосоциальной реабилитации психически больных Научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева. Выборка обследованных пациентов, в соответствии с диагностическими критериями международной классификации болезней ВОЗ 10-го пересмотра (МКБ-10), включала шизотипическое расстройство, неврозоподобная форма (диагностическая рубрика по МКБ-10: F21). Мужчины составляли 65%, а женщины 35%. Возраст больных находился в диапазоне 18-46 лет (средний возраст 25,25 лет). Течение заболевания у всех больных — непрерывное. Вопрос о включении больного в исследование, диагностика форм психопатологического диатеза по каждому больному согласовывались с лечащими врачами отделения.

## **2.3 Методы обработки данных.**

Полученные результаты были обработаны с использованием стандартных методов математической статистики, включенных в статистические пакеты SPSS 20.0 (SPSS inc., 2001). При математико-статистической обработке первичных данных основным методом был корреляционный. Рассчитывался непараметрический коэффициент ранговой корреляции Спирмэна. Так же был использован подсчет средних величин и частотный анализ.



### 3. Результаты исследования и их обсуждение.

#### 3.1 Результаты исследования.

В исследуемой группе больных чаще всего встречались ранняя эпизодическая форма психопатологического диатеза (психомоторные нарушения-15%, неспецифические нарушения сна - 25%, сверхценные страхи – 47,5%) и промежуточная форма (астено-дистимические эпизоды – 40%, психосоматические и истерические реакции – 37,5%). Менее выражены поздняя эпизодическая форма психопатологического диатеза (диссомнические (особые формы нарушения сна) – 15%, шизотропные – 20%, аффектотропные – 20%) и константная форма (диссоциированность – 32%, дефицитарность тотальная – 5%, дефицитарность парциальная – 12,5%). Подробнее данные представлены в таблице 1:

Таблица 1

Показатели распределения форм психопатологического диатеза	Чел.	%	$\delta$
Психомоторные нарушения	6	15	0,36
Неспецифические нарушения сна	10	25	0,43
Сверхценные страхи	19	47,5	0,5
Диссомнические	6	15	0,36
Шизотропные	8	20	0,4
Аффектотропные	8	20	0,4
Астено-дистимические эпизоды	16	40	0,49
Психосоматические и истерические реакции	15	37,5	0,49

Диссоциированность	13	32,5	0,47
Дефицитарность тотальная	2	5	0,2
Дефицитарность парциальная	5	12,5	0,3

Социальная адаптация у больных шизотипическим расстройством оценивалась с позиций ее количественной (уровень социального функционирования) характеристики. Уровень социального функционирования оценивался по 7 основным сферам: профессиональных, межличностных, супружеских отношений, воспитания детей, отношений с родителями, организации быта повседневной жизни и сексуальных отношений. По степени выраженности каждая из сфер оценивалась в баллах: 0 — успешное функционирование; 1 — ограниченное функционирование; 2, 3 — значительно ограниченное функционирование; 4 — не функционирует. В исследуемой группе больных шизотипическим расстройством, были выявлены нарушения практически во всех сферах социального функционирования. В профессиональной сфере нарушение проявлялось у 65% больных, которые не работали и не учились, 7,5% работают или учатся в специальных учреждениях, 12,5% работают при стойко сниженной продуктивности и 15% работают со сниженной работоспособностью.

В сфере межличностных отношений у 60% больных выявляется узкий круг социальных контактов, 22,5% больных имеют несколько близких друзей для повседневного общения, 12,5% больных избегают общения и 5% больных поддерживают асоциальные контакты.

В сфере супружеских отношений выявляется отсутствие семьи или ситуация развода у 82,5% больных, 7,5% больных имеют неустойчивые контакты, 5% находясь в отношениях проявляют ограниченное участие в них и лишь 5% имеют устойчивые супружеские отношения. Большинство больных

шизотипическим расстройством не имеет детей (87,5%), а при наличии ребенка 7,5% больных выполняли основную работу по уходу за ребенком, 2,5% принимали формальное участие в воспитании детей и 2,5% больных не участвует в воспитании детей.

В сфере отношений с родителями у 55% больных выявляется ограниченное функционирование в жизни семьи, у 25% больных выявляется деструктивное участие, 15% больных характеризуется формальным отношением к своим обязанностям и 5% полностью не участвует в жизни семьи. В сфере организации быта выявляется нарушение у 55% больных, проявляющееся в неумении распоряжаться собственным бюджетом, 22,5% больных проживает за счет других, 17,5% выполняют бытовые функции без проявления инициативы, 2,5% не могут жить самостоятельно и 2,5% эффективно ведут хозяйство.

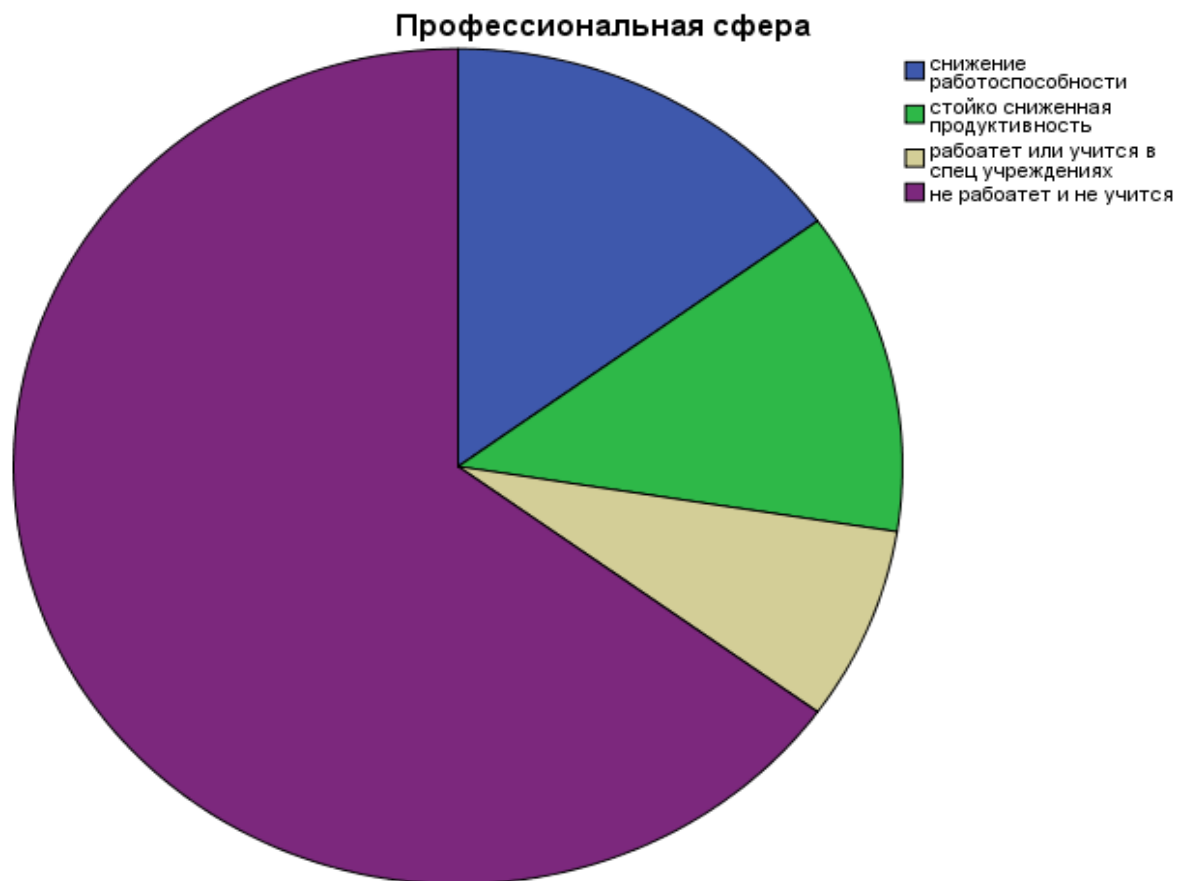
В сфере сексуальных отношений выявляется отсутствие связей у 75% больных, 12,5% имеют случайные связи, 7,5% имеют постоянные сексуальные контакты и 5% непостоянные контакты. Подробные данные представлены в таблице 2:

Таблица 2

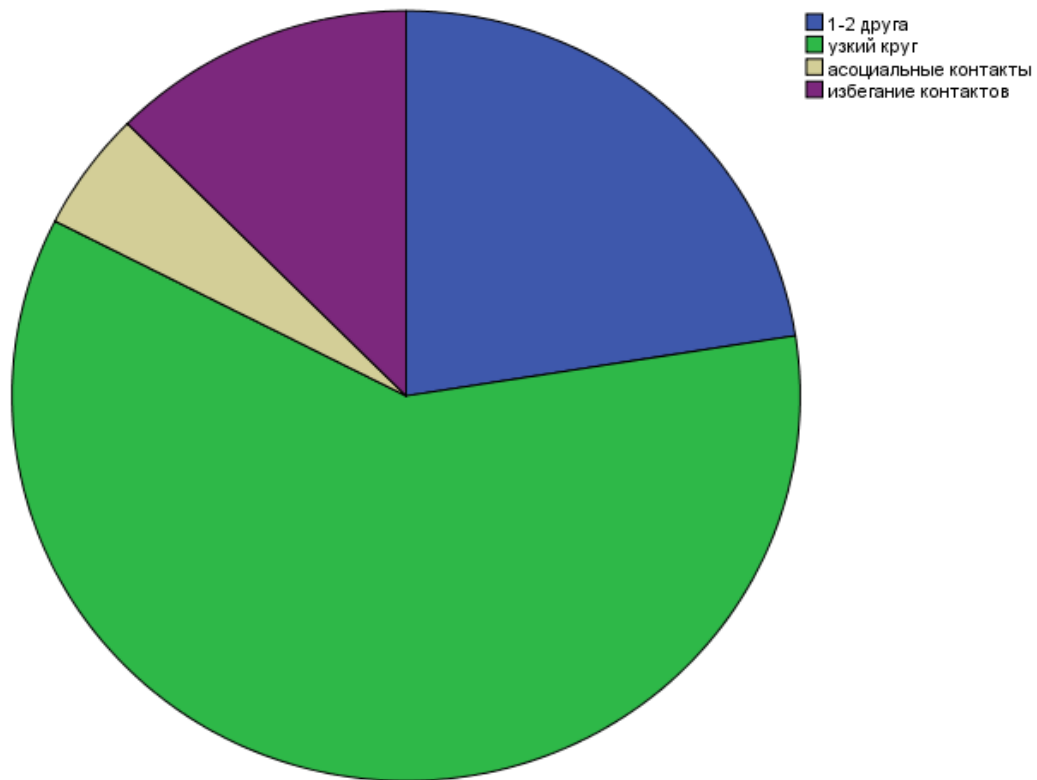
Показатели количественной характеристики социальной адаптации больных шизотипическим расстройством		Чел.	%
		N=40	
Профессиональная сфера	Снижение работоспособности	6	15
	Стойко сниженная продуктивность	5	12,5
	Работает или учится в спец. учреждениях	3	7,5
	Не работает и не учится	26	65

Межличностные отношения	1-2 друга	9	22,5
	Узкий круг	24	60
	Асоциальные контакты	2	5
	Избегание контактов	5	12,5
Супружеские отношения	Устойчивые отношения	2	5
	Ограниченное участие	2	5
	Неустойчивые отношения	3	7,5
	Отсутствие семьи или развод	33	82,5
Воспитание детей	Выполняет основную работу	3	7,5
	Формальная забота	1	2,5
	Не участвует в воспитании	1	2,5
	Нет детей	35	87,5
Родительская семья	Формальное отношение к обязанностям	6	15
	Ограниченное участие	22	55
	Деструктивное участие	10	25
	Полное неучастие	2	5
Организация быта	Эффективное ведение хозяйства	1	2,5
	Бытовые функции без инициативы	7	17,5
	Не укладывается в бюджет	22	55
	Живет за счет других	9	22,5
	Жить один не может	1	2,5
Сексуальные отношения	Постоянные секс. контакты	3	7,5
	Непостоянные контакты	2	5

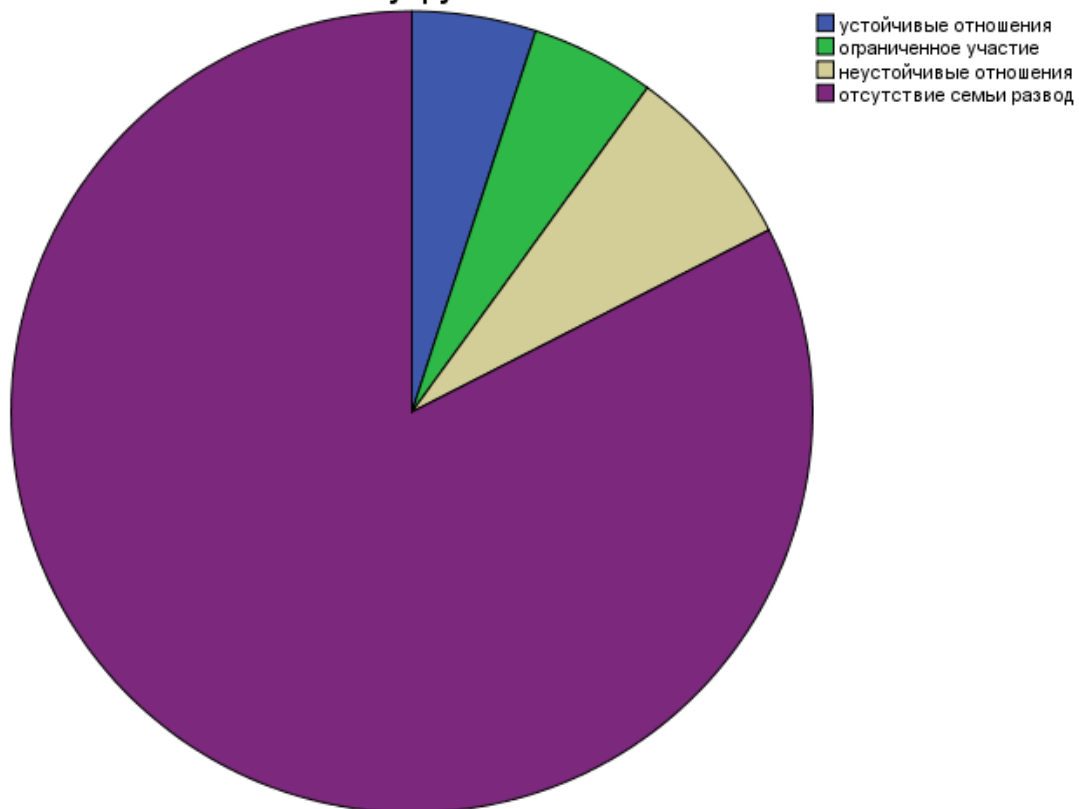
	Случайные связи	5	12,5
	Отсутствие связей	30	75



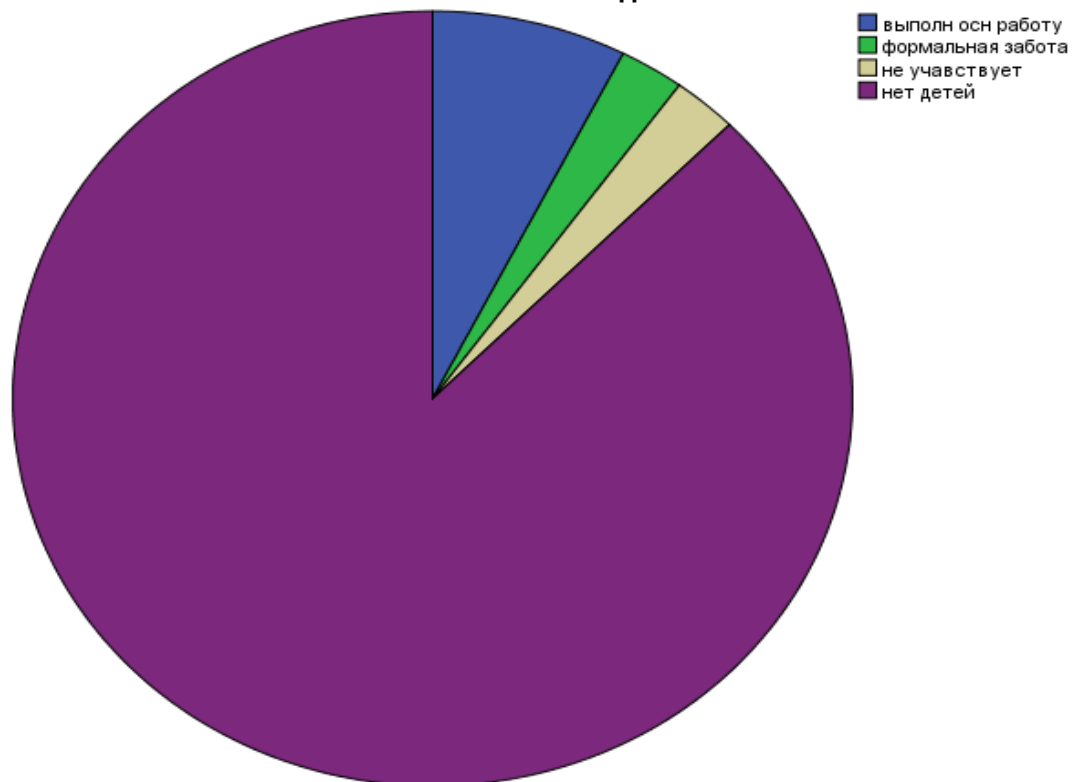
**Межличностные отношения**



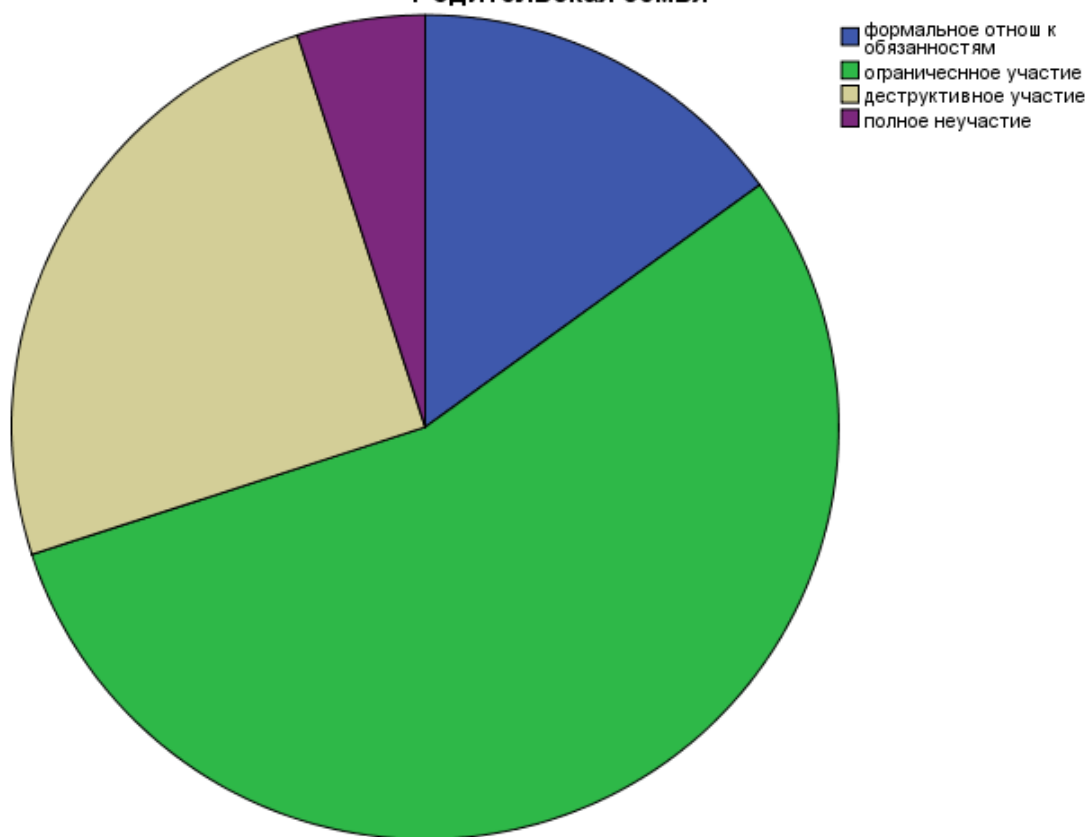
**Супружеские отношения**



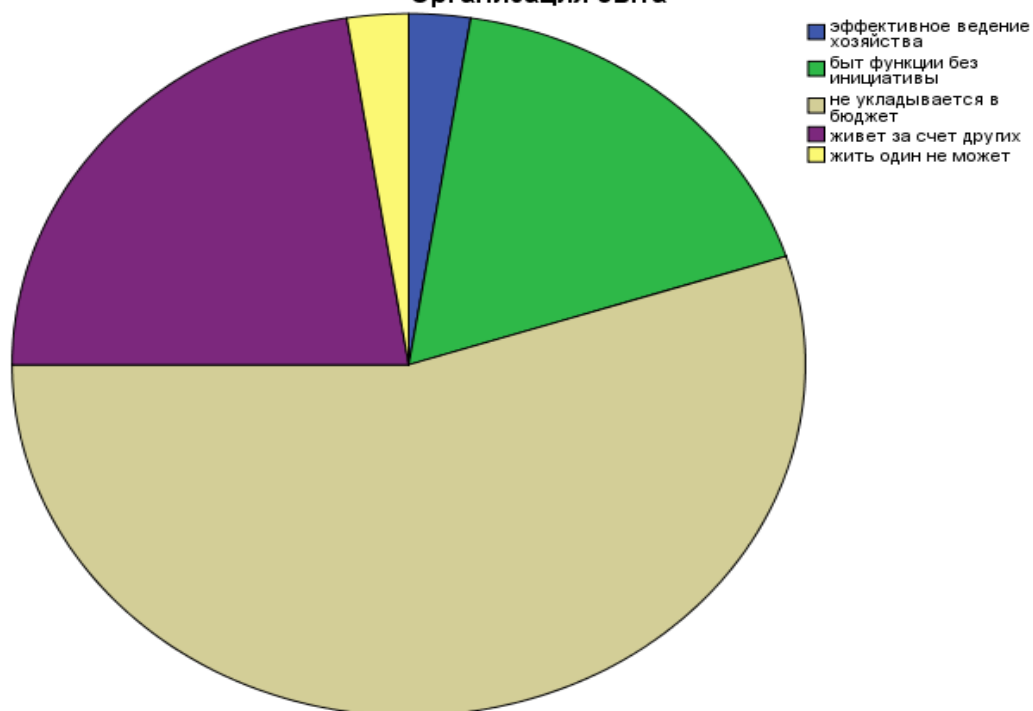
Воспитание детей



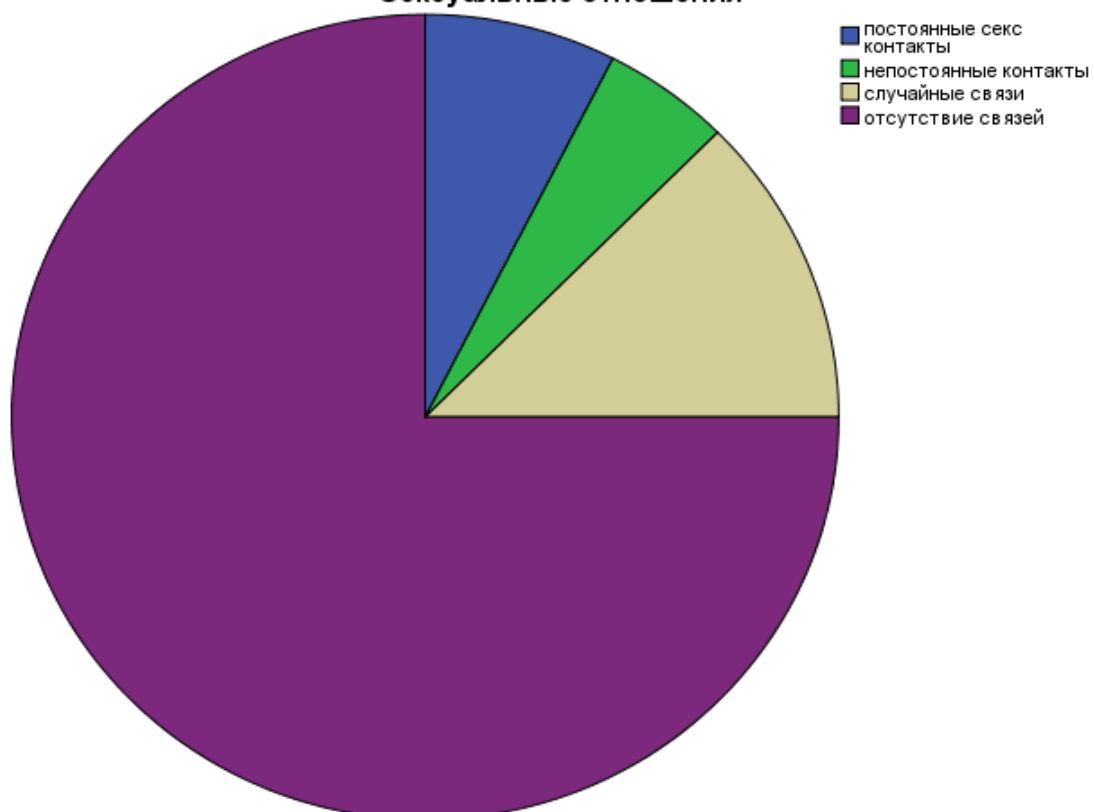
Родительская семья



**Организация быта**



**Сексуальные отношения**





В исследуемой группе более чем у половины больных шизотипическим расстройством определяется нарушение привязанности. В 57,5% случаев выявлен ненадежный тип детско-родительской привязанности. В таблице 3 представлены подробные данные:

Таблица 3

Показатели распределения типов детско-родительской привязанности	Чел.	%	$\delta$
Надежная привязанность	17	42,5	0,5
Ненадежная привязанность	23	57,5	0,5

Для определения уровня психологической адаптации был использован Опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса. В изучаемой группе больных шизотипическим расстройством была выявлена повышенная напряженность большинства копинг-стратегий, наибольшей напряженностью обладает копинг-стратегия «Бегство-избегание» (57,6). Результаты исследования представлены в таблице 4:

Таблица 4

#### Статистические характеристики показателей

шкал методики психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями.

Показатели шкал методики психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями	М	$\delta$
---	---	----------

	N=40	
Конфронтация	45,5	17,3
Дистанцирование	45,6	15,04
Самоконтроль	56,7	13,8
Поиск социальной поддержки	55,8	20,45
Принятие ответственности	54,1	19
Бегство-избегание	57,6	18,21
Планирование решения проблем	46,9	21,3
Положительная переоценка	46,9	19,9

Для определения уровня психологической адаптации был использован Опросник «Индекс жизненного стиля (LSI)» Р. Плутчик, Х. Келлерман (Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б., 2005). В изучаемой группе больных шизотипическим расстройством была выявлена тенденция к большему использованию деструктивных механизмов психологической защиты, в частности, наибольшим показателем обладает механизм психологической защиты «Регрессия» (67,75). Результаты исследования представлены в таблице 5:

Таблица 5

Статистические характеристики показателей  
шкал методики «Индекс жизненного стиля (LSI)».

Показатели шкал методики «Индекс жизненного стиля (LSI)»	М	δ
	N=40	
Отрицание	40,9	23,5
Вытеснение	56,37	30,09
Регрессия	67,75	29,2
Компенсация	56,63	29,8
Проекция	53,2	29,4
Замещение	56,38	24,7
Интеллектуализация	54,45	25,4
Реактивные образования	52,9	31,2

Для определения уровня психологической адаптации был использован Симптоматический опросник SCL-90-R (англ. Symptom Check List-90-Revised) (Тарабрина Н.В., 2001). Для исследуемой группы больных шизотипическим расстройством характерна средняя выраженность психопатологической симптоматики. Результаты исследования представлены в таблице 6:

Таблица 6

Статистические характеристики показателей  
шкал Симптоматического опросника SCL-90-R.

Показатели шкал Симптоматического опросника SCL-90-R	М	δ
	N=40	
Соматизация	1,2	1,02
Обсессивность-Компульсивность	1,97	1,04
Межличностная тревожность	1,73	1,15
Депрессивность	1,84	1,13
Тревожность	1,5	0,8
Враждебность	1,05	0,79
Фобии	0,9	0,8
Паранойяльность	1,1	0,9
Психотизм	1,1	0,75
Общий балл	1,4	0,8
Индекс проявления симптоматики	56,35	21,1
Индекс выраженности дистресса	2,08	0,7

В исследуемой группе больных шизотипическим расстройством при использовании корреляционного анализа для выявления взаимосвязи форм психопатологического диатеза и социальной адаптации были выявлены следующие связи: ранняя эпизодическая форма в виде сверхценных страхов

обнаруживает достоверную связь со сферой родительской семьи ( $r = 0,34$ ); константная форма в виде тотальной дефицитарности обнаруживает связь со сферой отношений с родительской семьей ( $r = 0,39$ ) и сферой межличностных отношений ( $r = 0,35$ ). В таблице 7 представлены подробные данные корреляционного анализа:

Таблица 7

		Психомоторные нарушения	Неспецифические нарушения сна	Сверхценные страхи	Диссомнические	Шизофренические	Аффективные	Астенотические эпизоды	Психосоматические и истерические реакции	Диссоцированность	Дефицитарность тотальная	Дефицитарность парциальная
Профессиональная сфера	Коэффициент корреляции	,129	,304	,217	-,172	-,242	-,160	-,107	-,300	,106	,164	,085
	Знач. (2-сторон)	,429	,057	,178	,290	,132	,326	,512	,060	,514	,312	,603
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Межличностные отношения	Коэффициент корреляции	-,073	,037	,158	-,073	,049	,151	-,020	-,092	-,124	,396*	-,209
	Знач. (2-сторон)	,656	,821	,330	,656	,762	,352	,902	,574	,447	,011	,196
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Супружеские отношения	Коэффициент корреляции	-,137	,094	,066	-,179	,082	-,102	-,033	,203	,066	-,165	,173
	Знач. (2-сторон)	,398	,562	,688	,270	,616	,530	,838	,210	,684	,308	,285
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40

Воспитание детей	Коэффициент корреляции	,158	,035	,215	-,063	,189	-,009	0,000	-,012	,262	,087	,143
	Знач. (2-сторон)	,329	,831	,182	,698	,244	,954	1,000	,943	,103	,596	,380
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Родительская семья	Коэффициент корреляции	,255	,022	,341*	-,215	-,096	,012	-,137	-,045	,169	,352*	,239
	Знач. (2-сторон)	,112	,892	,031	,183	,556	,941	,399	,785	,297	,026	,137
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Организация быта	Коэффициент корреляции	,168	,014	,290	-,131	-,135	-,036	,012	,119	,176	,148	,083
	Знач. (2-сторон)	,301	,932	,069	,421	,407	,826	,940	,465	,276	,361	,609
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Сексуальные отношения	Коэффициент корреляции	,240	,059	,189	-,228	,036	-,007	-,099	,062	,289	,131	,065
	Знач. (2-сторон)	,136	,716	,244	,158	,827	,965	,543	,704	,070	,421	,692
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40

\*. Корреляция значима на уровне 0.05 (2-сторонняя).

В исследуемой группе больных шизотипическим расстройством при использовании корреляционного анализа для выявления взаимосвязи форм психопатологического диатеза и психологической адаптации, а именно стратегий совладающего поведения, были выявлены следующие связи: ранние проявления эпизодической формы психопатологического диатеза в виде неспецифических нарушений сна отрицательно связаны с типом копинг-стратегии «Поиск социальной поддержки» ( $r = -0,42$ ); промежуточная форма психопатологического диатеза в виде астено-дистимических эпизодов взаимосвязана с типом копинг-стратегии «Самоконтроль» ( $r = 0,34$ ). Более подробные данные корреляционного анализа представлены в таблице 8:

Таблица 8

		Конфронтационный копинг	Дистанцирование	Самоконтроль	Поиск социальной поддержки	Принятие ответственности	Бегство-избегание	Планирование решения проблем	Положительная переоценка
Психомоторные нарушения	Коэффициент корреляции	,006	,009	,024	,285	,070	-,143	,206	,170
	Знач. (2-сторон)	,970	,955	,882	,074	,668	,380	,201	,295
	N	40	40	40	40	40	40	40	40
Неспецифические нарушения сна	Коэффициент корреляции	-,128	,268	,193	-,425**	,083	,138	-,268	-,278
	Знач. (2-сторон)	,432	,094	,234	,006	,612	,397	,095	,083
	N	40	40	40	40	40	40	40	40
Сверхценные страхи	Коэффициент корреляции	-,030	,078	-,087	,046	-,072	,061	-,046	,165
	Знач. (2-сторон)	,852	,631	,594	,780	,660	,710	,780	,309
	N	40	40	40	40	40	40	40	40
Диссомнические	Коэффициент корреляции	,185	-,106	,094	-,036	-,204	,218	,079	,155
	Знач. (2-сторон)	,252	,513	,564	,823	,207	,176	,628	,340

	N	40	40	40	40	40	40	40	40
Шизотропные	Коэффициент корреляции	-,106	-,160	,014	-,005	,030	,165	-,079	-,043
	Знч. (2-сторон)	,516	,324	,934	,974	,855	,308	,630	,791
	N	40	40	40	40	40	40	40	40
Аффективные	Коэффициент корреляции	-,111	-,011	,233	-,054	,119	,089	,054	-,046
	Знч. (2-сторон)	,495	,947	,148	,740	,463	,583	,740	,778
	N	40	40	40	40	40	40	40	40
Астено-дистимические эпизоды	Коэффициент корреляции	-,077	,042	,347*	-,217	,060	,062	-,146	-,188
	Знч. (2-сторон)	,635	,796	,028	,179	,714	,704	,369	,245
	N	40	40	40	40	40	40	40	40
Психосоматические и истерические реакции	Коэффициент корреляции	,110	,161	,065	,018	,126	-,161	,072	,007
	Знч. (2-сторон)	,500	,319	,691	,913	,440	,321	,661	,967
	N	40	40	40	40	40	40	40	40
Диссоциированность	Коэффициент корреляции	-,009	-,162	,032	,139	-,116	,127	,090	,053
	Знч. (2-сторон)	,955	,317	,843	,393	,476	,434	,580	,744
	N	40	40	40	40	40	40	40	40
Дефицитарность тотальная	Коэффициент корреляции	,055	-,194	,070	,060	0,000	-,084	,219	,085
	Знч. (2-сторон)	,737	,230	,670	,715	1,000	,604	,175	,604
	N	40	40	40	40	40	40	40	40
Дефицитарность парциальная	Коэффициент корреляции	-,085	-,059	,161	,216	-,122	-,223	-,085	,105
	Знч. (2-сторон)	,601	,717	,322	,180	,455	,167	,601	,520
	N	40	40	40	40	40	40	40	40

\*. Корреляция значима на уровне 0.05 (2-сторонняя).



В исследуемой группе больных шизотипическим расстройством при использовании корреляционного анализа для выявления взаимосвязи форм психопатологического диатеза и психологической адаптации, а именно механизмов психологической защиты, были выявлены следующие связи: ранние проявления эпизодической формы в виде неспецифических нарушений сна связаны с механизмом психологической защиты «Проекция» ( $r=0,31$ ); поздние проявления эпизодической формы психопатологического диатеза в виде особых форм нарушения сна отрицательно связаны с механизмом психологической защиты «Замещение» ( $r= -0,47$ ); поздние проявления эпизодической формы психопатологического диатеза в виде «шизотропных» явлений, отрицательно связаны с механизмом психологической защиты «Замещение» ( $r= -0,39$ ); константная форма в виде парциальной дефицитарности обнаруживает отрицательную связь с механизмом психологической защиты «Вытеснение» ( $r= -0,34$ ). Подробные данные корреляционного анализа представлены в таблице 9:

Таблица 9

		отрица ние	вытесн ение	регрес сия	компенс ация	проек ция	замеще ние	интеллектуал изация	реактив ные образов ания
Психомоторн ые нарушения	Коэффициент корреляции	,140	,176	-,046	-,012	,003	-,055	,073	-,015
	Знач. (2- сторон)	,389	,276	,780	,941	,985	,737	,654	,926
	N	40	40	40	40	40	40	40	40
Неспецифиче ские нарушения сна	Коэффициент корреляции	-,228	,198	,018	-,148	,318*	,309	,040	-,306
	Знач. (2- сторон)	,157	,220	,914	,362	,046	,053	,806	,055
	N	40	40	40	40	40	40	40	40
Сверхценные страхи	Коэффициент корреляции	,144	,207	-,020	,080	,132	,211	-,059	,022

	Знч. (2-сторон)	,377	,201	,905	,622	,415	,191	,719	,894
	N	40	40	40	40	40	40	40	40
Диссомнические	Коэффициент корреляции	-,064	-,286	,079	-,231	,103	-,475**	-,143	-,049
	Знч. (2-сторон)	,695	,074	,628	,151	,526	,002	,379	,765
	N	40	40	40	40	40	40	40	40
Шизотропные	Коэффициент корреляции	-,228	-,071	0,000	-,179	-,052	-,394*	-,019	-,090
	Знч. (2-сторон)	,157	,665	1,000	,269	,752	,012	,907	,582
	N	40	40	40	40	40	40	40	40
Аффектотропные	Коэффициент корреляции	-,144	,147	,103	-,068	,089	-,114	,215	,212
	Знч. (2-сторон)	,376	,367	,527	,677	,583	,483	,184	,189
	N	40	40	40	40	40	40	40	40
Астено-дистимические эпизоды	Коэффициент корреляции	-,053	-,020	,102	,098	,106	,075	,117	-,013
	Знч. (2-сторон)	,744	,903	,532	,549	,514	,644	,470	,935
	N	40	40	40	40	40	40	40	40
Психосоматические и истерические реакции	Коэффициент корреляции	-,092	,148	,018	,040	-,040	,067	,103	,148
	Знч. (2-сторон)	,572	,362	,913	,805	,805	,680	,526	,362
	N	40	40	40	40	40	40	40	40
Диссоциированность	Коэффициент корреляции	,053	-,123	,035	-,290	,083	-,248	-,123	-,232
	Знч. (2-сторон)	,744	,450	,831	,070	,609	,123	,450	,150
	N	40	40	40	40	40	40	40	40
Дефицитарность тотальная	Коэффициент корреляции	,189	,015	-,070	-,204	,119	-,309	,219	,239
	Знч. (2-сторон)	,242	,927	,669	,206	,463	,052	,174	,137
	N	40	40	40	40	40	40	40	40

Дефицитарность парциальная	Коэффициент корреляции	,108	-,348*	-,066	,056	-,062	,066	-,122	-,099
	Знач. (2-сторон)	,506	,028	,687	,732	,703	,687	,455	,545
	N	40	40	40	40	40	40	40	40

\*. Корреляция значима на уровне 0.05 (2-сторонняя).

\*\*. Корреляция значима на уровне 0.01 (2-сторонняя).

В исследуемой группе больных шизотипическим расстройством при использовании корреляционного анализа для выявления взаимосвязи форм психопатологического диатеза и психологической адаптации, а именно степени дискомфорта от симптоматики, были выявлены следующие связи: константная форма психопатологического диатеза в виде диссоциированности связана со шкалой психотизма ( $r=0,4$ ), шкалой тревожности ( $r=0,36$ ) и с индексом проявления симптоматики PST ( $r=0,34$ ). Подробные данные корреляционного анализа представлены в таблице 10:

Таблица 10

		сома тиза ция	обсесси вность_ компуль сивнос ть	межли чность ая тревож ность	депрес сивнос ть	трево жност ь	враж дебн ость	ф об и и	пар ано йял ьно сть	психот изм	об щ ий бал л	инде кс проя влен ия симп тома тики	инде кс выра женн ости дист ресса
Психомоторные нарушения	Коэффициент корреляции	,170	,176	,070	,100	,207	,049	,073	,088	,238	,167	,082	,219
	Знач. (2-сторон)	,293	,276	,668	,537	,199	,766	,654	,587	,140	,303	,615	,175
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Неспецифические нарушения сна	Коэффициент корреляции	,311	,060	,225	,264	-,148	,206	,103	,267	,100	,205	,266	,070
	Знач. (2-стор)	,051	,712	,162	,100	,361	,203	,527	,096	,537	,204	,097	,667

	он)												
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Сверхценные страхи	Коэффициент корреляции	,259	,122	,169	,163	-,013	,033	,116	,253	,207	,200	,017	,272
	Знач. (2-сторон)	,107	,454	,296	,314	,936	,842	,478	,115	,200	,216	,915	,090
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Диссоматическое	Коэффициент корреляции	-,058	-,012	-,073	-,021	,116	,030	-,085	-,177	-,052	-,043	,085	-,082
	Знач. (2-сторон)	,723	,941	,655	,896	,477	,852	,601	,275	,751	,794	,601	,615
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Шизофренические	Коэффициент корреляции	,041	,090	-,141	0,000	,180	-,038	-,022	-,240	,120	-,014	,225	-,100
	Знач. (2-сторон)	,803	,582	,385	1,000	,267	,816	,894	,137	,462	,934	,162	,538
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Аффективные	Коэффициент корреляции	-,027	,071	-,103	-,082	,011	-,187	,027	-,106	,046	-,027	-,081	,038
	Знач. (2-сторон)	,868	,665	,527	,617	,947	,247	,868	,514	,777	,868	,617	,816
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Астеноневротический эпизод	Коэффициент корреляции	,138	,040	,075	,062	,016	,062	,013	,031	-,044	,062	,040	,035
	Знач. (2-сторон)	,397	,807	,644	,703	,924	,704	,935	,849	,786	,704	,807	,828
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40

Психосоматические и истерические реакции	Коэффициент корреляции	,090	,193	,110	,076	,155	-,135	,205	,081	,133	,121	-,061	,247
	Знач. (2-сторон)	,582	,233	,500	,640	,339	,408	,205	,619	,415	,457	,711	,125
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Диссоциированность	Коэффициент корреляции	,274	,244	,137	,227	,360*	,035	,191	,088	,406**	,259	,348*	,229
	Знач. (2-сторон)	,087	,130	,400	,158	,022	,831	,239	,588	,009	,106	,028	,154
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Дефицитность totalная	Коэффициент корреляции	,015	,035	-,164	-,045	-,020	-,224	-,055	-,195	-,005	-,035	-,015	-,040
	Знач. (2-сторон)	,927	,831	,311	,783	,903	,164	,736	,228	,976	,831	,927	,807
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Дефицитность парциальная	Коэффициент корреляции	,283	,184	,141	,148	,303	-,046	,234	,148	,286	,226	,194	,220
	Знач. (2-сторон)	,077	,256	,385	,363	,058	,778	,147	,362	,074	,160	,231	,173
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40

\*. Корреляция значима на уровне 0.05 (2-сторонняя).

\*\*. Корреляция значима на уровне 0.01 (2-сторонняя).

В исследуемой группе больных шизотипическим расстройством при использовании корреляционного анализа для выявления связи между различными формами психопатологического диатеза и типом детско-

родительской привязанности, были выявлены следующие связи: обнаружена связь ненадежной привязанности со всеми проявлениями ранней эпизодической формы - психомоторные нарушения ( $r=0,36$ ), неспецифические нарушения сна ( $r=0,49$ ), сверхценные страхи ( $r=0,71$ ). Данные корреляционного анализа представлены в таблице 11:

Таблица 11

Ранние проявления эпизодической формы психопатологического диатеза		Ненадежная привязанность
Психомоторные нарушения	Коэффициент корреляции	,361*
	Знч. (2-сторон)	,022
	N	40
Неспецифические нарушения сна	Коэффициент корреляции	,496**
	Знч. (2-сторон)	,001
	N	40
Сверхценные страхи	Коэффициент корреляции	,716**
	Знч. (2-сторон)	,000
	N	40

\*. Корреляция значима на уровне 0.05 (2-сторонняя).

\*\*. Корреляция значима на уровне 0.01 (2-сторонняя).

Касаясь остальных форм, выявлена обратная связь ненадежной привязанности с поздними проявлениями эпизодической формы диатеза: диссомнические ( $r= -0,489$ ), шизотропные ( $r= -0,329$ ). Данные корреляционного анализа представлены в таблице 12:

Таблица 12

Поздние проявления эпизодической формы диатеза, промежуточная и константная формы		Ненадежная привязанность
Диссомнические	Коэффициент корреляции	-,489**
	Знч. (2-сторон)	,001
	N	40
Шизотропные	Коэффициент корреляции	-,329*
	Знч. (2-сторон)	,038
	N	40
Аффектотропные	Коэффициент корреляции	,051
	Знч. (2-сторон)	,757
	N	40
Астено-дистимические эпизоды	Коэффициент корреляции	-,021
	Знч. (2-сторон)	,899
	N	40
Психосоматические и истерические реакции	Коэффициент корреляции	,039
	Знч. (2-сторон)	,810
	N	40
Диссоциированность	Коэффициент корреляции	-,051
	Знч. (2-сторон)	,753
	N	40
Дефицитарность totalная	Коэффициент корреляции	,197
	Знч. (2-сторон)	,223
	N	40

Дефицитарность парциальная	Коэффициент корреляции	,172
	Знч. (2-сторон)	,288
	N	40

\*. Корреляция значима на уровне 0.05 (2-сторонняя).

\*\*. Корреляция значима на уровне 0.01 (2-сторонняя).

На основании количественных показателей социальной адаптации был подсчитан общий балл всех сфер социального функционирования. Далее больные были поделены на две группы: 1 группа – с более успешной адаптацией; 2 группа – с менее успешной адаптацией. В 1 группе 12 пациентов имеют надежную привязанность, 7 пациентов ненадежную привязанность. Во 2 группе 5 пациентов имеют надежную привязанность и 16 пациентов ненадежную. По распределению наличия ранних проявлений эпизодической формы диатеза, сопряженной с ненадежной привязанностью, полученные результаты совпадают с данными по типу привязанности. Подробные данные приведены в таблице 13 и 14:

Таблица 13

Тип детско-родительской привязанности		Группы по уровню социальной адаптации		Итого
		1	2	
	Ненадежная привязанность	7	16	23
	Надежная привязанность	12	5	17
Итого		19	21	40

Таблица 14

Ранние проявления эпизодической формы диатеза		Группы по уровню социальной адаптации		Итого
		1	2	
	0	11	5	16
	1	8	16	24
Итого		19	21	40



При вычислении средних значений показателей шкал Опросника «Способы совладающего поведения» было выявлено более сильное напряжение копинг-стратегии «Поиск социальной поддержки» (63,416) в 1 группе, а так же напряжение копинг-стратегии «Бегство-избегание» во 2 группе больных. Подробные данные представлены в таблице 15:

Таблица 15

Группы по уровню социальной адаптации		Конфронтационный копинг	Дистанцирование	Самоконтроль	Поиск социальной поддержки	Принятие ответственности	Бегство-избегание	Планирование решения проблем	Положительная переоценка
1	Среднее	47,747	45,200	58,589	63,416	55,795	53,095	51,516	50,800
	N	19	19	19	19	19	19	19	19
	Стд.Отклонение	14,2769	16,8549	11,9446	18,9363	20,3808	17,9832	22,2102	19,6009
2	Среднее	43,486	46,090	55,119	49,038	52,600	61,790	42,724	43,452
	N	21	21	21	21	21	21	21	21
	Стд.Отклонение	19,8108	13,6175	15,4904	19,7460	18,0327	17,8447	20,2480	20,0181
Итого	Среднее	45,510	45,668	56,768	55,868	54,118	57,660	46,900	46,943
	N	40	40	40	40	40	40	40	40
	Стд.Отклонение	17,3201	15,0471	13,8557	20,4530	19,0021	18,2181	21,3937	19,9156

При вычислении средних значений показателей шкал опросника «Индекс жизненного стиля (LSI)» было выявлено равномерное распределение механизмов психологической защиты в обеих группах больных. Подробные данные представлены в таблице 16:

Таблица 16

Группы по	отри	вытес	регр	компе	прое	заме	интеллект	реакт
-----------	------	-------	------	-------	------	------	-----------	-------

уровню социальной адаптации		цани е	нение	есси я	нсаци я	кция	щени е	уализация	ивные образ овани я
1	Среднее	43,84	52,37	70,2 1	57,95	45,2 6	53,42	57,00	62,42
	N	19	19	19	19	19	19	19	19
	Стд.Отклонение	25,12 7	30,84 0	28,8 34	27,381	29,2 32	23,12 1	28,073	30,689
2	Среднее	38,24	60,00	65,5 2	55,43	60,3 8	59,05	52,14	44,33
	N	21	21	21	21	21	21	21	21
	Стд.Отклонение	22,36 5	29,68 8	30,0 59	32,571	28,5 03	26,48 9	23,339	29,991
Итого	Среднее	40,90	56,37	67,7 5	56,63	53,2 0	56,38	54,45	52,93
	N	40	40	40	40	40	40	40	40
	Стд.Отклонение	23,57 8	30,09 8	29,2 01	29,861	29,4 87	24,79 2	25,478	31,299

При вычислении средних значений показателей шкал Симптоматического опросника SCL-90-R было выявлено равномерное распределение данных между группой 1 и группой 2. Подробные показатели представлены в таблице 17:

Таблица 17

Группы по уровню социальной адаптации		со ма тиз ац ия	обсессив ность_ко мпulsive вность	межл ично стная трево жнос ть	деп ресс ивн ость	тре во жн ост ь	вра жд ебн ост ь	ф об и и	пар ано йял ьно сть	пс их от из м	о б щ и й б а л л	инд екс про явл ени я сим пто мат ики	инд екс выр аже нно сти дис тре сса
1	Среднее	1,0 08 4	1,9421	1,542 1	1,68 63	1,5 63 2	,96 32	,9 52 6	1,05 26	1, 14 21	1 , 3 2 1	53, 26	1,9 85
	N	19	19	19	19	19	19	19	19	19	1 9	19	19

	Стд. Отк лоне ние	,98 69 0	1,09307	1,215 78	1,19 188	,92 62 9	,72 204	,8 98 37	1,02 652	,7 47 82	, 8 4 9 3	23, 187	,68 84
2	Сре днее	1,4 25 2	2,0048	1,911 9	1,98 10	1,5 71 4	1,1 381	1, 02 57	1,30 86	1, 21 90	1 , 5 3 1	59, 14	2,1 70
	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	2 1	21	21
	Стд. Отк лоне ние	1,0 38 30	1,02639	1,090 17	1,08 255	,89 84 1	,86 364	,8 94 59	,911 52	,7 86 52	, 7 8 0 6	19, 166	,72 83
И т о г о	Сре днее	1,2 27 3	1,9750	1,736 2	1,84 10	1,5 67 5	1,0 550	,9 91 0	1,18 70	1, 18 25	1 , 4 3 1	56, 35	2,0 82
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	4 0	40	40
	Стд. Отк лоне ние	1,0 23 14	1,04532	1,151 81	1,13 085	,89 99 7	,79 432	,8 85 59	,963 94	,7 59 52	, 8 1 0 4	21, 104	,70 67

### 3.2 Обсуждение результатов исследования.

Результаты проведенного исследования больных шизотипическим расстройством следует обсуждать как сугубо предварительные, так как в данной работе впервые изучалась взаимосвязь типа детско-родительской привязанности и различных форм психопатологического диатеза и, следовательно, требует дополнительных подтверждающих исследований. Выявленные связи между формами психопатологического диатеза с социально-психологической адаптацией больных шизотипическим расстройством

согласуются с данными, описанными Коцюбинским А.П. (Коцюбинский А.П., 2004, 2007), которые заключаются в нарушении большинства сфер социального функционирования больных. В отношении психологической адаптации, так же определяются нарушения в виде использования неконструктивных копинг-стратегий и механизмов психологических защит. Полученные результаты исследования перекликаются с данными исследования Мельниковой Ю.В. (Мельникова Ю.В., 2008), в котором изучено значение психопатологического диатеза в социальной адаптации больных эндогенными психическими расстройствами, в том числе и шизотипическом расстройстве. В обоих исследованиях описаны нарушения в большинстве сфер социального функционирования.

Для исследуемой группы больных шизотипическим расстройством наиболее характерно наличие ранних проявлений эпизодической формы психопатологического диатеза (психомоторные нарушения-15%, неспецифические нарушения сна - 25%, сверхценные страхи – 47,5%) и промежуточной формы (астено-дистимические эпизоды – 40%, психосоматические и истерические реакции – 37,5%). Ранние проявления эпизодической формы психопатологического диатеза являются чаще встречающимися среди больных шизотипическим расстройством и шизофренией в целом. Менее выраженными являются поздние проявления эпизодической формы психопатологического диатеза (диссомнические (особые формы нарушения сна) – 15%, шизотропные – 20%, аффектотропные – 20%) и константная форма (диссоциированность – 32%, дефицитарность тотальная – 5%, дефицитарность парциальная – 12,5%). Причина наличия меньшей выраженности константной формы психопатологического диатеза в исследуемой группе больных, видится автору данной работы в более молодом возрасте начала шизотипического расстройства в отличие от остальных эндогенных психических расстройств.

По результатам изучения количественной характеристики социальной адаптации были получены данные о нарушении практически во всех сферах социального функционирования. Наиболее западающими были сферы профессиональной деятельности, супружеских отношений, сексуальных отношений, воспитания детей. Для исследуемой группы больных шизотипическим расстройством характерна дезадаптация в тех сферах социального функционирования, где необходима эмоциональная вовлеченность, энергетический, коммуникативный потенциал, наличие которых ограничено в данной группе.

По результатам исследования получены в большинстве случаев значения ненадежной детско-родительской привязанности, что подтверждает мнение исследователей данной тематики о превалирующем количестве нарушенной привязанности в группах больных психическими расстройствами (Павлова О.Н., 2002, Пилягина Г. Я., Дубровская Е. В., 2007).

В изучаемой группе больных шизотипическим расстройством была выявлена повышенная напряженность большинства копинг-стратегий, наибольшей напряженностью обладает неадаптивная копинг-стратегия бегства-избегания. Данная стратегия подразумевает попытки преодоления личностью негативных переживаний в связи с трудностями за счет реакции по типу уклонения: отрицание проблемы, фантазирование, неоправданные ожидания, отвлечение. При частом использовании данной копинг-стратегии происходит избегание ответственности за принятие решения, откладывание и накопление нерешенных проблем, что в свою очередь создает трудности в психологической адаптации больных шизотипическим расстройством. Также большей напряженностью обладает копинг-стратегия самоконтроля, она характеризуется способом преодоления трудных ситуаций при помощи подавления и сдерживания эмоций, что приводит к сложностям выражения переживаний, боязни раскрытия себя перед окружающими, повышенной требовательности к

себе. Частое использование данной стратегии в группе больных шизотипическим расстройством ведет к нарушению психологической адаптации за счет невозможности адекватно выразить эмоции, чувства относительно проблемной жизненной ситуации, что влечет за собой появление закрытости личности от окружающих и неумение обратиться за поддержкой при таковой необходимости.

В изучаемой группе больных шизотипическим расстройством была выявлена тенденция к большему использованию деструктивных механизмов психологической защиты, в частности, наибольшим показателем обладает механизм психологической защиты Регрессия. Данный механизм психологической защиты характеризуется переходом личности на более ранние, примитивные этапы развития для избегания тревожного состояния. Использование этого механизма психологической защиты согласуется с использованием исследуемой группой копинг-стратегии бегства-избегания, которая также характеризуется самоустранением из трудной ситуации.

Для исследуемой группы больных шизотипическим расстройством характерна средняя выраженность психопатологической симптоматики, что обозначает не высокую степень дискомфорта, причиняемую наличествующей психопатологической симптоматикой.

В исследуемой группе больных шизотипическим расстройством при использовании корреляционного анализа для выявления взаимосвязи форм психопатологического диатеза и социальной адаптации были определены 3 достоверные связи: ранняя эпизодическая форма в виде сверхценных страхов связана со сферой родительской семьи ( $r = 0,34$ ); константная форма в виде тотальной дефицитарности обнаруживает связь со сферой отношений с родительской семьей ( $r = 0,39$ ) и сферой межличностных отношений ( $r = 0,35$ ). Связь ранних проявлений эпизодической формы психопатологического диатеза в виде сверхценных страхов со сферой отношений с родителями объясняется

возникновением ранних проявлений до семилетнего возраста и потребностью в тесном взаимодействии, симбиотической связи с родителями. Недостаточная близость и поддержка родителей в период раннего и дошкольного возраста проявляется в виде дезадаптации в сфере отношений с родителями уже во взрослом возрасте. Значение константной формы в виде тотальной дефицитарности в сфере отношений с родителями объясняется более поздними проявлениями психического инфантилизма, «псевдопсихопатий», что в свою очередь усложняет адекватное взаимодействие с родителями. Значение вышеупомянутых проявлений в сфере межличностных отношений так же объясняется сложностью взаимоотношений с окружающими людьми за счет включения явлений психического инфантилизма и развития личности по типу «псевдопсихопатии».

В исследуемой группе больных шизотипическим расстройством при использовании корреляционного анализа для выявления взаимосвязи форм психопатологического диатеза и психологической адаптации, а именно стратегий совладающего поведения, было определено 2 достоверные связи: ранние проявления эпизодической формы психопатологического диатеза в виде неспецифических нарушений сна отрицательно связаны с типом копинг-стратегии поиска социальной поддержки ( $r = -0,42$ ). Значение ранних проявлений эпизодической формы проявляется в склонности больных справляться самостоятельно с трудными ситуациями, даже в ущерб собственным потребностям, отрицательная корреляционная связь свидетельствует о представлении недоступности и ненужности поддержки. Промежуточная форма психопатологического диатеза в виде астено-дистимических эпизодов взаимосвязана с копинг-стратегией самоконтроля ( $r = 0,34$ ). Проявления данной формы диатеза обуславливают образование подавляющих, сдерживающих эмоции элементов личности, так как дистимические проявления являются угнетающими. Таким образом, более

часто используется копинг-стратегия самоконтроля, что приводит к завышенным требованиям к себе, боязни самораскрытия и как следствие снижается психологическая адаптация личности.

В исследуемой группе больных шизотипическим расстройством при использовании корреляционного анализа для выявления взаимосвязи форм психопатологического диатеза и психологической адаптации, а именно механизмов психологической защиты, было определено 4 достоверных связи: ранние проявления эпизодической формы в виде неспецифических нарушений сна связаны с механизмом психологической защиты проекция ( $r=0,31$ ). Проекция характеризуется вынесением во вне неприемлимых для личности чувств и присваиванием их окружающим, ранние проявления эпизодической формы могут способствовать возникновению данного механизма начиная с раннего возраста при восприятии себя только в положительном ключе без осознания отрицательных сторон. Поздние проявления эпизодической формы психопатологического диатеза в виде особых форм нарушения сна отрицательно связаны с механизмом психологической защиты замещение ( $r= -0,47$ ). Данная форма диатеза вносит свой вклад в недоступность использования личностью выражения подавленных эмоций на безопасные объекты. Поздние проявления эпизодической формы психопатологического диатеза в виде «шизотропных» явлений, отрицательно связаны с механизмом психологической защиты замещение ( $r= -0,39$ ). «Шизотропные» явления так же не позволяют снижать тревогу за счет выражения эмоции и чувств в более безопасной форме. Константная форма в виде парциальной дефицитарности обнаруживает отрицательную связь с механизмом психологической защиты вытеснение ( $r= -0,34$ ). Дефицитарность в определенных сферах (интеллектуальной, эмоциональной, «энергетической», коммуникативной, сексуальной) связана с отсутствием подавления неприемлимых для личности импульсов, вызывающих тревогу, которые в последствии становятся бессознательными.



В исследуемой группе больных шизотипическим расстройством при использовании корреляционного анализа для выявления взаимосвязи форм психопатологического диатеза и психологической адаптации, а именно степени дискомфорта от симптоматики, было обнаружено 3 достоверные связи: константная форма психопатологического диатеза в виде диссоциированности связана со шкалой психотизма ( $r=0,4$ ), шкалой тревожности ( $r=0,36$ ) и с индексом проявления симптоматики PST ( $r=0,34$ ). Проявления диссоциированности константной формы диатеза и шкала психотизма являются свойственными для группы больных шизотипическими расстройствами, наличие изолированного, шизоидного стиля жизни подтверждает данную взаимосвязь. Связи диссоциированности со шкалой тревожности и индексом проявления симптоматики говорят о напряженном переживании дистресса от психопатологической симптоматики, что также влияет на снижение психологической адаптации.

В исследуемой группе больных шизотипическим расстройством при использовании корреляционного анализа для выявления связи различных форм психопатологического диатеза и типом детско-родительской привязанности, было обнаружено 5 достоверных связей: ненадежной привязанностью с ранними проявлениями эпизодической формы диатеза (психомоторными нарушениями ( $r=0,36$ ), неспецифическими нарушениями сна ( $r=0,49$ ), сверхценными страхами ( $r=0,71$ )), обратная связь ненадежной привязанности с поздними проявлениями эпизодической формы диатеза: диссомнические ( $r= -0,489$ ), шизотропные ( $r= -0,329$ ). С учетом полученных корреляционных связей можно предположить, что ненадежная привязанность четко связана с ранними формами диатеза, что на клиническом уровне (на уровне практического опыта лечащих врачей) ассоциируется с более ранним началом заболевания и более неблагоприятным прогнозом. Для подтверждения данного предположения было выделено 2

группы больных по уровню социальной адаптации: более и менее успешной. Для группы больных с менее успешной адаптацией характерно более часто встречающееся наличие ненадежного типа детско-родительской привязанности в сочетании с преобладанием ранних проявлений эпизодической формы психопатологического диатеза, а также использование неадаптивных копинг-стратегий. Полученные результаты свидетельствуют в пользу предположения о более неблагоприятном прогнозе заболевания в данной группе больных. Данные, полученные по 2 группе больных с менее успешной адаптацией, можно рассматривать как прогностические характеристики, имеющие значение для социального функционирования, для качества жизни больных шизотипическим расстройством.

Результаты данного исследования могут быть использованы для повышения уровня ранней психологической диагностики, психологической коррекции, психотерапии проявлений диатеза, нарушенной привязанности. При наличии знаний о взаимосвязях диатеза и привязанности, форм диатеза и социально-психологической адаптации, есть возможность заблаговременно сформировать программы психокоррекционной, психофармакологической и психотерапевтической работы при учете возрастных, социальных и психологических факторов. В рамках психопрофилактической и психогигиенической работы возможно составление программы предвосхищающего, предупреждающего характера для семей с повышенной степенью риска развития эндогенных психических расстройств.

## **Выводы.**

Резюмируя результаты, полученные в ходе исследования, можно сделать следующие выводы:

1. Из проявлений психопатологического диатеза у больных шизотипическим расстройством, самая часто встречаемая являлась ранняя эпизодическая форма;
2. Для больных шизотипическим расстройством характерно нарушение практически всех сфер социального функционирования, что свидетельствует о сниженном уровне социальной адаптации;
3. Для уровня социальной адаптации являются значимыми следующие формы психопатологического диатеза: ранняя эпизодическая форма в виде сверхценных страхов, константная форма в виде тотальной дефицитарности;
4. Особенности психологической адаптации больных шизотипическим расстройством характеризуются использованием неадаптивных стилей совладающего поведения и механизмов психологической защиты;
5. Значимыми формами диатеза в психологической адаптации больных шизотипическим расстройством являются: ранние проявления эпизодической формы психопатологического диатеза; поздние проявления эпизодической формы психопатологического диатеза в виде особых форм нарушения сна; поздние проявления эпизодической формы психопатологического диатеза в виде «шизотропных» явлений; промежуточная форма психопатологического диатеза в виде астено-дистимических эпизодов; константная форма в виде парциальной дефицитарности.

6. Для больных шизотипическим расстройством в большинстве случаев характерна ненадежная детско-родительская привязанность, которая в свою очередь состоит в достоверной взаимозависимости с ранними проявлениями эпизодической формы психопатологического диатеза.
7. Для больных шизотипическим расстройством с менее успешной адаптацией характерно превалирующее количество ненадежного типа привязанности, ранних проявлений эпизодической формы диатеза, сопряженной с ненадежным типом привязанности, что можно рассматривать как прогностически неблагоприятные характеристики, влияющие на снижение социального функционирования, на качество жизни больных шизотипическим расстройством.

## **Заключение.**

Аналитический обзор литературы показал несомненную актуальность, теоретическую и практическую значимость изучения значения психопатологического диатеза в социально-психологической адаптации больных шизотипическим расстройством. Эта значимость очевидна для психиатрии, психологии, психофармакологии. Она очевидна также для клинической психологии, в частности, для совершенствования методов психологической коррекции, психопрофилактики, психогигиены проявлений психопатологического диатеза, нарушений привязанности.

Результаты исследования свидетельствуют о необходимости существенного увеличения числа наблюдений и позволяют наметить пути расширения разработанного методологического подхода (прежде всего, в его методической части) с целью более эффективного анализа значения психопатологического диатеза в социально-психологической адаптации больных.

Данная работа носит предварительный характер. Вместе с тем можно сказать следующее:

1. Необходимо увеличение количества исследуемых больных с шизотипическим расстройством для более достоверного результата;
2. Дальнейшее изучение характера взаимозависимости форм диатеза с нарушением привязанности и социально-психологической адаптацией поможет внести ясность в данную недостаточно изученную тематику.

**Приложение №1. Карта исследования психопатологического диатеза (А.П. Коцюбинский с сотр. 1985, 2003, 2008, 2014 ).**

<b>Карта исследования психопатологического диатеза</b>	
<b>1 Психопатологический диатез (признак отсутствует - 0; признак присутствует - 1)</b>	
<b>1.1</b>	<b>Эпизодическая форма психопатологического диатеза</b>
<b>1.1.1</b>	<b>ЭР – Ранние проявления эпизодической формы психопатологического диатеза:</b>
<b>1.1.1.1</b>	Психомоторные нарушения
<b>1.1.1.2</b>	Неспецифические нарушения сна
<b>1.1.1.3</b>	Сверхценные страхи
<b>1.1.2</b>	<b>ЭП – Поздние проявления эпизодической формы психопатологического диатеза:</b>
<b>1.1.2.1</b>	«Диссомнические» (особые формы нарушения сна)
<b>1.1.2.2</b>	«Шизотропные» (эпизоды нарушения мышления и восприятия, кратковременные рудименты психических расстройств)
<b>1.1.2.3</b>	«Аффектотропные» (внешне немотивированные спады настроения и активности)
<b>1.2</b>	<b>Фазная форма психопатологического диатеза (ФФ):</b>
<b>1.2.1</b>	Астено-дистимические эпизоды
<b>1.2.2</b>	Психосоматические и истерические реакции
<b>1.3</b>	<b>Константная форма психопатологического диатеза (КФ):</b>
<b>1.3.1</b>	Диссоциированность (а, б, в, г)*
<b>1.3.2</b>	Дефицитарность (ущербность психики):
<b>1.3.2.1</b>	Тотальная – а, б **
<b>1.3.2.2</b>	Парциальная (дефицитарность в определённых сферах – а, б, в, г, д)***
<p>* а) противоречивость характерологических черт;  б) несоответствие субъективных переживаний объективно фиксируемым особенностям поведения;  в) неравномерность уровня развития различных сторон психики;  г) несоответствие чрезмерно развитой внутренней эмоциональности и рефлексивности внешней сдержанности в проявлении эмоций;</p> <p>**а) явления психического инфантилизма;  б) проявления «псевдопсихопатий», напоминающих постпроцессуальное развитие личности;</p> <p>*** а) интеллектуальной, б) эмоциональной, в) «энергетической» коммуникативной, д) сексуальной</p>	

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авдеева Н. Н., Хаймовская Н. А. Развитие образа себя и привязанностей у детей от рождения до трёх лет в семье и доме ребёнка. — М.: Смысл, 2003. — 152 с.
2. Алмазова О. В. Привязанность к матери, как фактор взаимоотношений взрослых сиблингов; диссерт. на соискание ученой степени к.пс.н. Москва. 2015. 250 с.
3. Альтман А.Л. Социально-клиническая характеристика шизофренических ремиссий \ Труды 4 всесоюзного съезда невропатологов и психиатров: Шизофрения (вып. 2). — М., 1965. — С.434-437.
4. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. — Л.: Изд-во ЛГУ, 1969. — 340 с.
5. Аристова Т.А. Сравнительные исследования биологического и психологического компонентов психической адаптации больных неврозами и неврозоподобной шизофренией: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. — СПб., 1999. — 24 с.
6. Аристова Т.А. Применение телесноориентированной психотерапии при эндогенных заболеваниях \ Т.А. Аристова, Б.Г. Бутома, А.М. Беркман \ Психология и психотерапия. Материалы 4 Всероссийской конференции. — СПб.: ИМАТОН, 2002. — С. 162-164.
7. Башина В.М. Ранняя детская шизофрения. — М.: Медицина, 1989. — 256 с.
8. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. — Л., 1988. — 268 с.
9. Боулби Дж. Привязанность. — Москва: Гардарики, 2003. — 480 с.

10. Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей. — 2. — М.: Академический Проект, 2006. — 240 с.
11. Блейхер В. М., Крук И. В., Толковый словарь психиатрических терминов. - Воронеж: НПО "МОДЭК", 1995. — 640 с.
12. Васидюк Ф.Е. Психология переживания.- М., 1984;
13. Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. - Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. - СПб.: Издательство: СПбНИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2005. - 50 с.
14. Вид В.Д. Психоаналитическая психотерапия при шизофрении. – СПб., 1993. – 236 с.
15. Воловик В.М. Клиника начальных проявлений медленно развивающейся шизофрении и проблема ранней реабилитации больных: Дис. ... д-ра мед. наук \ В.М. Воловик. – Л., 1980. – 571с.
16. Воловик В.М. Об особенностях формирования приспособительного поведения больных малопрогредиентной шизофренией \ В.М. Воловик, А.П. Коцюбинский, Н.С. Шейнина \ Ранняя реабилитация психически больных. – Л., 1984. – С. 39-46.
17. Воложин А.И. Адаптация и компенсация - универсальный механизм приспособления \ А.И. Воложин, Ю.К. Субботин. – М.: Медицина, 1987. - 176с.
18. Горбачев Л.А. Динамика клинических проявлений и социальной адаптации больных вялотекущей шизофренией (эпидемиологическое исследование) \ Журн. невропатол. и психиатр. – 1990. – Вып. 1.- С. 116-121.
19. Гусева О. В., Коцюбинский А. П.; Интегративная модель психотерапии эндогенных психических расстройств. Санкт-Петербург. 2013.



20. Гусева О.В. Психоаналитическая комбинированная индивидуальная и групповая психотерапия больных шизофренией // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. – 1998. - № 2. – С. 52-55.
21. Дубницкая Э. Б. К вопросу о потомстве больных неврозоподобной шизофренией. — В кн.: Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста. М.: ВНИЦПЗ, 1986, с. 129—135.
22. Дунаевский В.В. Шизофрения, шизоаффективное и шизотипическое расстройства, хронические бредовые психозы // Электронный учебник «Психиатрия и наркология», кафедра психиатрии и наркологии СПбГМУ [Электронный ресурс] URL: <http://spbm.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihiatrii/5-kurs-lecebnyj-fakultet/elektronnyj-ucebnik-po-psihiatrii/tema-no9-sizofrenia/sizofrenia-v-v-dunaevskij-> (дата обращения 17.03.2016)
23. Жихарева Л. В.; Теория привязанности и практические аспекты; Перспективы науки и Образования; 2013; №4; стр. 144-154.
24. Исаева Е.Р. Исследование копинг-поведения у больных малопрогредиентной шизофренией и неврозами \ Е.Р. Исаева, Г.Л. Исурина, Е.В. Кайдановская // Обзор. Психиатр. и мед. психол. им. В.М. Бехтерева. – 1995. - № 3. – С. 98-101.
25. Исаева Е.Р. Копинг-механизмы в системе приспособительного поведения больных шизофренией: Автореф. дис. ... канд. психол. наук \ Е.Р. Исаева. – СПб., 1999. – 21 с.
26. Каткова М.Н. Особенности защитно-адаптивной системы у пациентов с шизофренией и шизотипическим расстройством // Вестник Томского государственного университета. 2011. Вып. №345. С. 183-185.
27. Кельмишкейт Э.Г. Приспособляемость студентов – больных шизофренией как критерий прогноза их обучаемости в вузах // 4 Международный симпозиум по реабилитации психически больных: (краткое содержание докладов). – Л., 1974. – С. 272-275.

- 28.Коцюбинский А.П. Об адаптации психически больных: (уточнение основных понятий) \ А.П. Коцюбинский, Н.С. Шейнина \ \ Обзор. психiatr. и мед. психол. им. Бехтерева. – 1996. – № 2. – С. 203-212.
- 29.Коцюбинский А.П. Аутохтонные непсихотические расстройства, СПб:, - изд-во СпецЛит.- 2014г. –426с.
- 30.Коцюбинский А.П. Значение психосоциальных факторов в этиопатогенезе шизофрении и социальной адаптации психически больных: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук. СПб, 1999 – 46 с.
- 31.Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Пенчул Н.А. Значение адаптационно-компенсаторных механизмов в синдромогенезе шизофрении \ \ Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Вып.№2\Том 17. С. 103-107.
- 32.Коцюбинский А.П. Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс – заболевание. – СПб.: Гиппократ+, 2004. – 336с.
- 33.Крюкова Т.Л., Куфтык Е.В. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) / Журнал практического психолога. - М. : 2007. № 3. - С. 93-112
- 34.Лагун И. Я. Глава 2. Наиболее заметные публикации последних лет // Причинность шизофрении: конспект-анализ проблемы. — Липецк: ОАО «ПК «Ориус», 2008.
- 35.Личко А.Е. Шизофрения у подростков. – Л.: Медицина, 1989. – 216 с.
- 36.Международная классификация болезней (10-й пересмотр).  
Классификация психических и поведенческих расстройств: МКБ-10 / ВОЗ; Пер. под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. – СПб.: Адис, 1994. – 303 с.
- 37.Мельникова Ю.В. Значение психопатологического диатеза для социальной адаптации больных эндогенными психическими

- расстройствами: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук / ГУ СПб НИПНИ им. В.М.Бехтерева Росздрава. – СПб., 2008. – 22 с.
38. Мухамедрахимов Р. Ж.; Мать и младенец; психологическое взаимодействие. Санкт-Петербург. 2003.
39. Наджаров Р. Я., Смулевич А. Б. Клинические проявления шизофрении. Формы течения // Руководство по психиатрии / Под ред. А. В. Снежневского. — М.: Медицина, 1983. — Т. 1. — 480 с.
40. Павлова О.Н.; Теория привязанности. Стили привязанности и особенности ее нарушения; Психологическая наука и образование. 2002. № 5. с. 59-64.
41. Пилягина Г. Я., Дубровская Е. В. Нарушения привязанности как основа формирования психопатологических расстройств в детском и подростковом возрасте // Мистецтво лікування. 2007. № 6. с. 71–79.
42. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия – М.: «Экспертное бюро-М», 1997. – 496 с.
43. Римашевская Н.В. Шизотипический диатез \ \ Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста \ Под ред. С.Ю. Циркина. – СПб.: Питер, 1999 – С. 386 – 389
44. Романов Д.В. Прогноз адаптации больных с первыми аффективными и аффективно-бредовыми приступами шизофрении: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1995. – 17 с.
45. Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства. Л.: Медицина, 1987. 182 с.
46. Смулевич А.Б. Вялотекущая шизофрения // Руководство по психиатрии / Под ред. А. С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — Т. 1. — С. 437. — 712 с.

47. Смулевич А. Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. — 2-е издание. — Москва: МЕДпресс-информ, 2009. — С. 256.
48. Снежневский А.В. *Nosos et patos schizophreniae* // Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование. М., 1972. С.1 — 15.
49. Снежневский А.В. Руководство по психиатрии. В двух томах — Т 1. М.: Медицина, 1983, 480 с.
50. Суханов А.А. Анализ понимания адаптации человека в отечественных психологических исследованиях \ Гуманитарный вектор. Серия: Педагогика, психология. 2011. Вып. №2. С. 201-205.
51. Сухарева Г.Е. О некоторых дискуссионных проблемах в области шизофрении \ Сов. невропатол., психиатр. И психогигиена. — 1936. — Т. 5 — Вып. 9 — С. 1435-1442
52. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. - СПб: Питер, 2001. — 272 с.
53. Татаренко Н.П., Стрельцова Н.И. О профилактике развития шизофрении \ Вопросы профилактики нервных и психических заболеваний. — Л., 1962 — С. 79 — 88.
54. Тайсон Ф., Тайсон Р. Л.; Психоаналитические теории развития. Москва. 2006.
55. Тиганов А.С., Снежневский А.В., Орловская Д.Д., и др.; Руководство по психиатрии. В 2 томах. Т 1\ Под ред. Тиганова А.С. — М.: Медицина, 1999. — 712 с.
56. Фридман Б.Д. Основные формы построения мягкой формы шизофрении \ Сов. невропатол., психиатр. и психогигиена. — 1934 — Т. 3. — Вып. 5 — С. 14-27.

- 57.Циркин С.Ю. Концептуальная диагностика функциональных расстройств при шизофрении: диатез и шизофрения // Социальная и клиническая психиатрия.1995.№ 2. С. 114 — 118.
- 58.Циркин С.Ю. Концепция психопатологического диатеза // Независимый психиатр. журн.1998. № 4.С. 5 — 8.
- 59.Чумаченко А.А. Проявления психопатологического диатеза у больных эндогенными психическими расстройствами: Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. СПб, 2003. 23 с.
- 60.Шахматова И. В. Генеалогические исследования. // Шизофрения. мультидисциплинарное исследование / под ред. А. В. Снежневского. Москва. 1972. с. 160-186.
- 61.Шейнина Н.С. Дисфункциональные состояния в анамнезе больных шизофренией: Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. Л., 1985. 16 с.
- 62.Шейнина Н.С., Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Чумаченко А.А. Психопатологический диатез. – Санкт – Петербург, Гиппократ, 2008. С. 33
- 63.Энциклопедический словарь медицинских терминов. – М.: Сов. энциклопедия, 1982. – Т. 1. – 464с.
- 64.Яремчук М. В.; Особенности привязанности в детско-родительских отношениях и отношениях любви у старших подростков; Психологическая наука и образование. 2005. №3. с. 86-92.
- 65.Американская психиатрическая ассоциация. Diagnostic criteria for 301.22. Schizotypal Personality Disorder // Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders — Text Revision (DSM-IV-TR). — Washington, DC, 2000. — Vol. 4. — P. 697—701
- 66.Американская психиатрическая ассоциация. Schizotypal Personality Disorder // Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). — Arlington, VA, 2013. — Vol. 5. — P. 655—659.

- 67.Ainsworth M. D. S. *Infancy In Uganda, Infant Care and the Growth of Love*. — 1st ed. — The Johns Hopkins Press, 1967. — 471 p.
- 68.Boulby,J. The Nature of the Child's tie to his mother. *Int.J. Psychoanal*, 1958 - 39 –P. 350-373.
- 69.Meehl P.E. Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia \\\ *Amer. Psychologist* – 1962 – Vol. 17 – P. 827 – 837.